

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

253

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

M^{lle} Georgette-Laure LABEAUME

Née le 20 janvier 1891, à Lorris (Loiret)

HYGIÈNE SOCIALE
des
ENFANTS DU PREMIER AGE

Président : M. le Professeur BRINDEAU

MASSON ET C^{ie}
ÉDITEURS — PARIS

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

253

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

M^{lle} Georgette-Laure LABEAUME

Née le 20 janvier 1891, à Lorris (Loiret)

HYGIÈNE SOCIALE

des

ENFANTS DU PREMIER AGE

Président : M. le Professeur BRINDEAU

MASSON ET C^{ie}
ÉDITEURS — PARIS

1924

PROFESSEURS

R. UNIV.

BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	ANDRÉ BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	LÉON BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Glinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELMÉ.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA AUGUSTE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

ABRAMI.	CLERC.	LARDENNOIS.	PHILIBERT
ALGLAVE.	DEBRÉ.	LE LORIER.	RIBIERRE
AUBERTIN.	I. DE JONG.	LEMAITRE.	RICHEL FILS.
BASSET.	DUVOIR.	LEMIERRE	ROUVIÈRE.
BAUDOUIN.	ECALLE.	LÉVY-SOLAL.	STROHL.
BINET.	FIESSINGER.	LHERMITTE.	TANON.
BLANCHETIÈRE.	FOIX.	LIAN.	TIFFENEAU.
BRANCA.	GARNIER.	MATHIEU.	VAUDESCAL.
BRULÉ.	HARVIER.	METZGER.	VERNE.
BUSQUET.	HEITZ-BOYER	MOCQUOT.	VILLARET.
CADENAT.	HOVELACQUE.	MONDOR.	WELTER.
CHAMPY.	JOYEUX	MOURE.	
CHIRAY.	LABB (HENRI).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur BRINDEAU

*Professeur de clinique obstétricale
Accoucheur de la clinique Tarnier*

A MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur JULES RENAULT

*Médecin de l'Hôpital Saint-Louis (annexe Grancher)
Commandeur de la Légion d'Honneur*

Qui m'a inspiré le sujet de cette étude.

A MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur SIREDEY

*Médecin honoraire des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine*

En témoignage de ma reconnaissance.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX

Externat 1912-1914 :

Monsieur le Docteur ARROU ;
Monsieur le Docteur JOSUÉ (*in memoriam*).

Internat provisoire 1914-1920 :

Monsieur le Docteur RICHE ;
Monsieur le Docteur SOUQUES ;
Monsieur le Docteur JULES RENAULT ;
Monsieur le Docteur MÉNARD ;
Monsieur le Docteur MOSNY (*in memoriam*) ;
Monsieur le Professeur CLAUDE ;
Monsieur le Professeur BRINDEAU ;
Monsieur le Docteur VINCENT.

Internat 1920-1924 :

Monsieur le Docteur HALLOPEAU ;
Monsieur le Professeur BRINDEAU ;
Monsieur le Docteur SIREDEY ;
Monsieur le Docteur JULES RENAULT ;
Monsieur le Professeur NAGEOTTE.

A MES AUTRES MAITRES

DANS LES HOPITAUX :

MM. les Professeurs CHAUFFARD, GILBERT ;
MM. les Professeurs agrégés ALGLAVE, PROUST ;
MM. les Docteurs BRUHL, COMTE, FREDET, FLANDIN,
LAFFITTE, POTOCKI.

A MES PARENTS

Meis et Amicis

HYGIÈNE SOCIALE

DES ENFANTS DU PREMIER AGE

INTRODUCTION

La mortalité des enfants nés dans les familles pauvres et ignorantes atteint des chiffres très élevés. Un grand nombre meurent pendant les premières années et les survivants sont pâles, rachitiques, atteints de troubles gastro-intestinaux chroniques et prédisposés à l'infection tuberculeuse.

Des œuvres ont été créées, nombreuses, et l'on pourrait être tenté de croire qu'elles opposent un remède à chaque cas, lorsqu'on parcourt la liste des adresses publiées par l'Office central des Œuvres de Bienfaisance dans le *Paris bienfaisant, charitable et social*. Un séjour de quelques semaines dans un hôpital d'enfants ou dans une maternité suffit à montrer les lacunes de l'assistance aux nourrissons.

La France, qui a voté la première loi de protection de l'enfance (1874), créé les premières œuvres d'assistance aux mères et aux nourrissons (crèches, consultations de nourrissons, gouttes de lait, cantines maternelles, mutualités maternelles), n'a pas suivi le mouvement qui a transformé à l'étranger la protection de l'enfance. Une propagande très active a été faite en Angleterre, aux Etats-Unis, au Canada, en Belgique, pour recueillir des fonds, organiser les œuvres et reviser les lois qui protègent les mères et les nourrissons.

Nous étudierons les secours accordés à la mère qui élève

son enfant et les lois qui protègent l'enfant placé en garde et l'enfant abandonné. Nous avons indiqué le rôle des consultations de nourrissons et des infirmières-visiteuses dans la lutte contre la mortalité infantile ; nous avons essayé de montrer l'effort de quelques pays étrangers et comment pourrait être réalisée, en France, la lutte méthodique contre les maladies évitables des nourrissons.

PREMIERE PARTIE

LA MORTALITÉ INFANTILE LES STATISTIQUES

Il est indispensable, avant d'organiser dans un pays des œuvres de protection de l'enfance, d'établir des statistiques et d'étudier les chiffres de la mortalité infantile. Ils indiquent les régions où la création des œuvres est la plus urgente ; ils permettent de déterminer les causes de la mortalité infantile et les facteurs sociaux qui la modifient. Ces facteurs essentiellement variables empêchent d'appliquer uniformément dans toutes les régions, à toutes les époques, les mêmes méthodes de protection de l'enfance. Celles-ci doivent s'adapter aux conditions locales.

Malheureusement, *la plupart des statistiques publiées jusqu'ici tant en France qu'à l'étranger sont à peu près inutilisables, elles sont souvent incomplètes et publiées tardivement.*

Il est impossible actuellement de déterminer le nombre exact des décès annuels des enfants assistés ou des enfants placés en nourrice, ni d'apprécier le taux de la mortalité dans les différentes œuvres qui reçoivent des nourrissons. *Les chiffres varient du simple au double suivant le mode des calculs ; il faudrait soit adopter une méthode uniforme, soit rappeler comment les taux de mortalité ont été calculés.* Ainsi la mortalité infantile du département de la Seine-et-Oise est, en 1919, suivant les références, de 14,2 % (*Bul. Stat. gén. France*), ou de 8,38 %. (MAROIS, Rapport à la Ligue contre la Mortalité infantile.) Ces variations doivent dépendre de différences dans les modes de calculs.

On ne peut attribuer aux statistiques une valeur absolue qu'elles ne sauraient avoir. Il faut tenir compte de l'état physique des enfants, de la mortalité très variable pendant les différents mois de la première année, de la durée plus

ou moins longue du séjour dans un service et de la difficulté de déterminer exactement la cause du décès. Mais, bien faites, les statistiques devraient fournir des indications pratiques qui guideraient pour organiser la lutte contre la mortalité infantile. Les rapports des Commissions départementales de la Natalité (1) insistent sur la nécessité d'exiger des communes et des départements des statistiques mensuelles. « La première condition pour agir contre la mortalité infantile, c'est d'être prévenu de l'augmentation de cette dernière au moment même où elle se manifeste, et non pas six mois ou un an après. » (G. RISLER.)

L'utilité des statistiques, les conséquences que peuvent entraîner leur publication précoce, sont mieux appréciées dans les pays étrangers, Angleterre, Etats-Unis, Allemagne, où des recherches ont été faites dans la plupart des villes pour déterminer les principales causes de la mortalité et les moyens les plus efficaces d'y remédier.

I. — LES CHIFFRES DE LA MORTALITÉ INFANTILE

On devrait comprendre, dans le calcul de la mortalité infantile, tous les décès jusqu'à l'âge d'adulte, de 1 jour à 20 ans.

Il est né en France, en 1890, 428.000 garçons; 301.400 jeunes gens étaient examinés par les conseils de revision en 1910. Il survivait donc, en 1910, 301.400 garçons nés en 1890. On peut admettre que 126.600 étaient décédés avant d'avoir atteint leur 21^e année, soit 29,56 %, et que *la mortalité de 1 jour à 20 ans, calculée par rapport aux naissances, est d'environ 30 %*. La majorité de ces décès surviennent pendant les premières années.

D'après les chiffres fournis par le ministère du Commerce, et reproduits par Budin, la mortalité annuelle pour 1000 enfants de chaque groupe d'âge est de :

202	‰	de 1 jour à 1 an,
20,80	‰	de 1 — à 4 ans,
4,6	‰	de 5 — à 9 ans,
4,2	‰	de 10 — à 19 ans.

MM. Juillerat et Fillassier ont recherché quelle était la proportion des décès des enfants parisiens de 1 jour à 15 ans,

(1) Les Commissions départementales de la Natalité ont pour mission de dresser toutes les statistiques nécessaires aux travaux du Conseil supérieur de la Natalité et de vérifier l'application des mesures prises en faveur des familles nombreuses.

pendant dix années, de 1903 à 1912. D'après leurs calculs, 1000 décès de 1 jour à 15 ans se répartissent ainsi :

548 pendant la 1^{re} année,
322 de 1 à 4 ans,
80 de 5 à 9 ans,
50 de 10 à 14 ans.

Ces chiffres montrent qu'une moitié des décès de 0 à 14 ans surviennent pendant la première année. C'est pendant cette période que l'enfant court le plus de risques.

Le terme de *mortalité infantile* désigne la mortalité de la première année de la vie. *C'est le rapport du nombre annuel des décès d'enfants de 1 jour à 1 an au nombre des naissances de la même année.*

a. — LA MORTALITÉ INFANTILE EN FRANCE

	NAISSANCES	Décès de 1 jour à 1 an	MORTALITÉ
1891-1895 (1)	857.000	146.000	17,03 %
1901-1905 (1)	831.000	115.000	13,84 %
1913 (2)	746.014	83.883	11,21 %
1919 (2)	403.479 (3)	49.492 (3)	12,32 %
1920 (1)	834 000 (a)	83.000 (a)	9,95 %
1921 (1)	813.000 (a)	94.000 (a)	11,56 %

Sur 100 enfants nés vivants en France en 1921, 88 ou 89 seulement ont atteint la fin de leur première année ; *sur 10 nés vivants, il en meurt un pendant les douze premiers mois.*

La mortalité infantile est telle que Bergeron a pu dire en 1878 qu'un enfant qui naît a moins de chance de vivre une semaine qu'un vieillard de 90 ans, moins de chance de vivre une année qu'un vieillard de 80 ans.

La majorité de ces enfants survivraient s'ils recevaient les soins nécessaires.

(1) *Annuaire statistique de la France*, vol. 38, p. 202 (Ministère du Travail).

(2) *Statistique du mouvement de la population* (Ministère du Travail). La mortalité infantile est recherchée en calculant le nombre des décès par rapport à la moyenne des naissances inscrites pendant l'année considérée et l'année précédente.

(3) Pour 77 départements seulement.

(a) Chiffres provisoires.

b. — A L'ÉTRANGER

La mortalité infantile de la France est moins élevée que celle de l'Allemagne, de l'Autriche-Hongrie, de l'Espagne, de l'Italie et de la Russie ; elle est à peu près égale à celle de la Belgique, mais bien supérieure à la mortalité de l'Angleterre, des Etats-Unis, de la Norvège, de la Suède, de la Suisse.

Nombre de décès annuels pour 1000 enfants nés vivants :

	1902 (1)	1916 (2)
Allemagne	183	
Angleterre (3).....	133	91,21
Autriche-Hongrie	216	
Belgique	144	116,26
Espagne		146,90
Etats-Unis (4).....		101
France	135	126,2
Italie	172	166,32
Norvège	75	59,60
Russie	280 (1904)	
Suède	86,4	69,41
Suisse	132	78,45

c. — DANS LES DÉPARTEMENTS

Les chiffres les plus élevés de mortalité infantile ont été relevés, en 1919, dans la Nièvre (199 ‰), la Sarthe (193), les Hautes-Alpes (161), la Seine-Inférieure (160), l'Ardèche (155) ; et en 1920, dans l'Ardèche (154), l'Eure-et-Loir (153), la Sarthe et la Seine-Inférieure (130), la Haute-Loire (127).

Les chiffres les plus faibles sont fournis par la Creuse

(1) Diétrich, cité par Variot.

(2) D'après le *Bul. off. intern. hyg. publ.* (années 1919 à 1923).

(3) « A. Bertillon, dans son rapport au congrès d'hygiène de 1878 (p. 109 du Tome I), faisait connaître que la mortalité infantile en Angleterre jusqu'à l'âge de trois mois est minime en raison du délai accordé (six semaines) pour la déclaration et l'inscription sur le registre des naissances de la paroisse, de sorte que, si l'enfant vient à mourir avant son inscription sur le registre des naissances, il ne peut figurer sur le registre des décès et est inhumé comme « innominé », et ainsi la mortalité infantile est minime dans les trois premiers mois de la vie. » (LÉDÉ, *Journ. Soc. Stat. de Paris*, 1923.)

(4) Chiffres relevés dans 11 Etats. La déclaration des naissances n'existe aux Etats-Unis que depuis 1915. Elle n'est obligatoire que dans un certain nombre d'Etats et de villes dont l'ensemble est désigné sous le nom de « Birth Registration Area ».

(70), la Vendée (76), les Landes (87), le Cher (90), l'Indre (94), en 1919 ; par les Deux-Sèvres (60), la Vendée (61), la Vienne et le Cher (68), l'Indre et les Landes (69), en 1920 (1).

Il serait intéressant de rechercher pour quelles raisons certains départements ont une mortalité deux fois plus élevée que d'autres. La connaissance des causes permettra seule d'y remédier efficacement. Des facteurs multiples interviennent : le climat, le logement, le mode d'allaitement, la qualité du lait, le travail des mères, l'industrie nourricière, etc., etc.

Le *Bulletin de la Statistique générale de la France* a publié des chiffres qui prouvent l'influence de l'industrie nourricière sur la mortalité infantile des départements en 1919 et 1920. Il oppose le chiffre brut, nombre des décès de 1 jour à 1 an enregistrés dans le département pour 1000 naissances du département, au chiffre rectifié obtenu en rapportant les décès des enfants au département qui a enregistré leur naissance.

Les départements qui ont une mortalité élevée sont ceux où le plus d'enfants sont envoyés en nourrice. Les chiffres de mortalité rectifiés sont en 1919 de 111 pour la Nièvre, 153 pour la Sarthe, 131 pour les Hautes-Alpes, 125 pour l'Ardèche. La mortalité de la Seine-et-Marne passe de 121 à 94, celle de la Seine-et-Oise de 142 à 101, celle de l'Yonne de 140 à 122.

Par contre, les départements qui placent une partie de leurs enfants en nourrice voient s'élever leur mortalité infantile après la rectification des calculs ; elle s'élève dans la Seine de 103 ‰ à 134 en 1919 ; de 100 ‰ à 132 en 1920 ; et dans le Rhône de 119 (1919) et 111 (1920), à 139 et 131 (1).

d. — MORTALITÉ DANS LES VILLES

La mortalité infantile était, en 1909, de 27,98 % à Rouen, 24,72 à Lille, 21, 56 à Marseille, 21,05 à Nice, 19,21 au Havre, 14,53 à Lyon. (CRUVEILHIER.)

Elle était de 20 % à Rouen, 17 à Marseille, 11,09 à Nantes et à Pau en 1917 ; de 23,01 à Bordeaux, 20 à Toulouse, 19 à Nancy, 15,4 à Lille, 11 à Pau en 1918. (CHAMBRELENT.)

Il est mort chaque année à Paris, de 1919 à 1922, plus de 4.500 enfants âgés de moins d'un an. La mortalité infantile a été de 9,78 en 1920, 9,51 en 1921, 9,10 en 1922 (2), et à Lyon

(1) *Bul. Stat. gén. France*, janvier 1921 et 1922.

(2) D'après les chiffres trimestriels publiés par le *Bulletin de la Statistique de la France*.

de 13,99 en 1921 et 14,28 en 1922. La municipalité de Strasbourg publie les chiffres de 18,10 % de 1901 à 1910, 11 % en 1921, 9 % en 1922 (1).

Van Ingen signale une mortalité de 7 50 % à New-York, 8,1 à Philadelphie, 8,50 à Chicago, en 1922. La mortalité infantile de Bruxelles était de 14 % en 1921, celle de Namur et de Liège, 10 %, d'Anvers, 11 % (Œuvre Nationale de l'Enfance), celle de Londres de 7,3 en 1922 (2).

Tous ces chiffres demandent à être interprétés. La mortalité des villes, comme celle des départements, est influencée par de nombreuses causes. La mortalité infantile a été de 10,57 % à Paris de 1903 à 1912. MM. Juillerat et Fillassier ont déduit du nombre des naissances celui des placements en nourrice, et le pourcentage de mortalité des enfants restés à Paris a atteint 15,4 %. Ce dernier chiffre est trop élevé, car un certain nombre des enfants placés en nourrice sont rendus à leur famille lorsqu'ils sont malades. M. Delair indique dans un rapport à la Commission de la Natalité de la Seine (1922) que la mortalité infantile de Paris a été inférieure en 1920 à celle de 1913, sans conclure que l'état sanitaire était meilleur en 1920. Il faut tenir compte des placements en nourrice, et l'on peut supposer que le nombre des enfants ramenés mourants à Paris a été moins élevé en 1920 qu'en 1913 à cause de la difficulté et du prix des voyages.

La mortalité infantile a été plus élevée à Tours (15,12) pendant les années 1919-1921 que dans l'ensemble du département d'Indre-et-Loire (11,06). M. Grasset l'attribue aux décès des enfants de la campagne qui viennent mourir dans les hôpitaux de Tours.

c. — MORTALITÉ A LA CAMPAGNE

La statistique sanitaire de la France publiée par le ministère de l'Intérieur a donné chaque année, depuis 1906 jusqu'en 1918, le taux de la mortalité, dans les villes de plus de 30.000 habitants, dans celles de 5.000 à 30.000 habitants et dans les communes de moins de 5.000 habitants. Le pourcentage est, d'une façon générale, moins élevé à la campagne que dans les grandes villes.

(1) Exposition de Strasbourg, 1923.

(2) Mat. and Ch. Welf, 1923, p. 84.

f. — MORTALITÉ SUIVANT L'ÂGE

Les chiffres publiés par Maurel pour la France, en 1895, permettent de déduire que $1/3$ des décès de la première année surviennent pendant les trente premiers jours ; plus de la moitié pendant les trois premiers mois ; les $4/5^e$ environ avant le 6^e mois. La mortalité du 6^e au 12^e mois ne représente plus que $1/4$ à $1/5^e$ de la mortalité totale de la première année.

M. Variot indique les mêmes chiffres :

D'après une statistique établie à Glasgow (1) de 1909 à 1911, $1/5^e$ des décès de la première année sont déclarés pendant la première semaine ; $1/3$ pendant le premier mois ; $1/2$ pendant les trois premiers mois. La mortalité du premier mois est encore plus élevée aux Etats-Unis, où elle représente une moitié des décès de la première année. (VAN INGEN.)

Il est mort en France, en 1919, 49.492 (2) enfants de moins d'un an.

10.202	sont morts	du	1 ^{er}	au	9 ^e	jour.
13.059	—	du	1 ^{er}	au	15 ^e	—
6.653	—	du	15 ^e	au	30 ^e	—
6.515	—	du	31 ^e	au	60 ^e	—
4.118	—	du	61 ^e	au	90 ^e	—
8.499	—	du	91 ^e	au	180 ^e	—
10.648	—	du	181 ^e	au	365 ^e	—

Ces chiffres permettent de calculer que :

$1/5$ des décès de la 1^{re} année surviennent pendant les 9 premiers jours ;
 $1/4$ pendant les 14 premiers jours ;
 plus du $1/3$ pendant le 1^{er} mois ;
 la moitié pendant les deux premiers mois ;
 presque $3/5$ — trois —
 plus des $3/4$ — six —
 moins du $1/4$ — six derniers mois.

Le nombre des décès du 14^e au 180^e jour est égal à la moitié du nombre total des décès (52,10 %) ; de la 6^e semaine au 365^e jour, il ne représente que les $2/3$ du nombre des décès de la première année.

Les variations du taux de la mortalité pendant les différentes périodes de la première année indiquent, comme nous le verrons, une des causes d'erreur dans l'appréciation des statistiques publiées par les œuvres qui reçoivent des nourris-

(1) Nat. conf. on infant. mort., Liverpool, 1914.

(2) *Statistique du mouvement de la population*, 1922.

sons âgés de quelques semaines ou ne les conservent pas jusqu'à la fin de la première année.

Le nombre des décès des premiers jours de la vie est encore plus élevé que ne le donnent les statistiques. Un délai de trois jours est accordé en France pour la déclaration des naissances, et les enfants décédés avant l'inscription sur les registres de l'état civil sont comptés comme mort-nés. Il a été fait en France, pendant l'année 1919, 20.674 déclarations de mort-nés ou de décès avant la déclaration de naissance.

Les décès qui surviennent pendant les premières semaines de la vie sont dus, pour la plupart, à la prématurité, à la débilité congénitale, à des traumatismes obstétricaux, à des affections héréditaires, et en particulier à la syphilis.

Ces mêmes causes déterminent la mortinatalité.

Les chiffres de la mortinatalité et de la mortalité des premières semaines prouvent la nécessité de commencer la lutte contre la mortalité infantile avant la naissance, en protégeant la grossesse et en favorisant l'accouchement dans de bonnes conditions.

II. — LES CAUSES DE LA MORTALITÉ INFANTILE

La débilité congénitale, les affections gastro-intestinales et les maladies des voies respiratoires sont les principales causes de la mortalité pendant la première année de la vie. Elles sont essentiellement évitables. Il serait intéressant de connaître la fréquence de ces affections et de se rendre compte de la proportion des décès causés par des maladies évitables.

Il est regrettable que les statistiques publiées jusqu'ici soient forcément erronées. Les médecins de l'état-civil manquent des renseignements nécessaires pour indiquer la cause exacte du décès et les diagnostics ne sont pas fournis avec la précision qu'il faudrait. La proportion des décès par gastro-entérite doit, en particulier, être beaucoup plus élevée que les statistiques ne le signalent.

D'après une statistique déjà ancienne de Balestre et Gilletta de Saint-Joseph,

380,30	décès pour 1000 de moins d'un an	sont dus à des affections gastro-intestinales ;
182,93	—	à la débilité congénitale ;
172,54	—	à des affections des voies respiratoires ;
58,17	—	à des affections contagieuses.

Une moitié des enfants de moins d'un an décédés à Lille, de 1903 à 1906, sont morts à la suite d'une gastro-entérite. (BUÉ). A Nancy, de 1894 à 1903, 427 décès sur 1000 de 0 à 2 ans sont rapportés à des troubles digestifs. (GOEPFERT.)

De 1891 à 1920, à Bordeaux,

41	décès sur 100 de 0 à 1 an	sont attribués à la gastro-entérite ;
18	— — —	à la débilité congénitale ;
15	— — —	à des affections des voies respiratoires.

(BOISSERIE-LACROIX.)

A Paris (*Annuaire-Statistique de la Ville de Paris*), de 1915 à 1919, 23,20 % des décès d'enfants de moins d'un an ont été attribués à la gastro-entérite et 28,19 % à la débilité congénitale.

La gastro-entérite a causé plus de 50 % des décès des enfants assistés de la Seine âgés de moins d'un an et placés à la campagne, de 1912 à 1921. (Rap. ann. du Dir. de l'Ass. pub., tab. 12.).

La débilité congénitale et les affections gastro-intestinales, qui sont les deux causes principales de la mortalité infantile, peuvent être évitées si des soins convenables sont assurés à la mère pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, et à l'enfant pendant les premiers mois de la vie.

C'est à la différence des soins qu'il faut attribuer les variations de la mortalité infantile, faible dans les familles riches et instruites, très élevée dans les milieux ouvriers et pauvres.

« L'existence de l'enfant dépend entièrement de son entourage. Si cet entourage sait choisir judicieusement la nourriture du bébé, s'il sait lui donner les soins qui lui sont indispensables, l'enfant vivra. Dans le cas contraire, il est voué à une mort fatale. » (COMBE.)

III. — LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA MORTALITÉ INFANTILE

a. — LA SÉPARATION DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

« Tout ce qui éloigne l'enfant de sa mère le met en état de souffrance et en danger de mort. » (Th. ROUSSEL.)

Lüling a recherché dans les registres de la clinique Beau-delocque les renseignements recueillis sur les enfants des femmes qui viennent accoucher à la clinique. La statistique

porte sur 13.952 enfants des milieux pauvres ; 3759 sont morts de 0 à 1 an, soit 26,94 % ; 8295 ont été élevés par la mère ; ils sont morts dans la proportion de 18,08 % ; 3095 ont été mis en nourrice, leur mortalité a atteint 44,26 %.

Vitrey a fait les mêmes recherches à la maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon. La mortalité est de 15,30 % lorsque les enfants sont soignés par la mère, et trois fois plus élevée (44,20 %) lorsqu'ils sont placés en nourrice. La sollicitude de la mère supplée en partie à son ignorance.

La mortalité des enfants placés en nourrice, celle des enfants assistés, atteint dans certains départements des chiffres effrayants.

1. — Mortalité des enfants placés en nourrice

La mortalité des enfants placés en nourrice a toujours été considérable par rapport à celle des autres enfants.

En 1867, le Ministère de l'Intérieur ouvrit une enquête dans les dix départements qui recevaient le plus de nourrissons parisiens. Cette enquête, faite de 1867 à 1869, montra que la mortalité des enfants du pays de 1 jour à 1 an était en moyenne de 20 %, et celle des enfants envoyés en nourrice de 52 à 53 % (1).

Depuis l'application de la loi Roussel, la mortalité a beaucoup diminué, mais reste considérable.

Le Préfet de police de la Seine, les Préfets dans les départements établissent chaque année un rapport sur le service des enfants protégés dans leur département. Ces rapports servent à établir la statistique de la protection des enfants du premier âge pour toute la France. La statistique des enfants admis dans le service en 1919 n'est pas encore publiée.

Nombre de décès pour 1000 enfants âgés de 10 jours considérés du 10^e au 364^e jour (2) :

ENFANTS PROTÉGÉS		MORTALITÉ GÉNÉRALE (3)
1914	132	104
1915	147	120
1916	170	105
1917	177	102
1918	197	119

(1) Cité par Dreyer-Dufer.

(2) *Statistique du Service de la Protection des enfants du premier âge*, 1922, pp. 16 et 17 (Ministère de l'Hygiène).

(3) Chiffres rectifiés du 10^e au 365^e jour.

« Dans la comparaison, on ne devra pas oublier que les taux de mortalité des enfants protégés sont peut-être un peu faibles, certains enfants étant retirés de nourrice malades et sur le point de mourir, ce qui diminue la mortalité des enfants placés dans le service sans rien changer à la mortalité générale. Et surtout on tiendra compte de ce fait que la mortalité infantile est très élevée pendant les premiers jours de la vie et que l'on ne place pas en nourrice, dès leur naissance, les enfants venus au monde dans un très mauvais état et dont le décès paraît imminent. » (Note du Service de la Statistique.)

M. Lédé fait remarquer qu'il est difficile d'apprécier le chiffre des décès par suite du retard dans les déclarations de placement, qui provoque une diminution artificielle de la dîme mortuaire des enfants en élevage mercenaire.

Le nombre des décès survenus au cours des deux premiers mois qui suivent le retrait est recherché dans le département de la Seine depuis 1920. En 1921, 123 décès se sont produits chez les nourrices ; 41 dans le mois qui a suivi le retrait ; 9 dans le deuxième mois après le retrait. Tous les enfants « ont succombé à l'athrepsie ou à l'entérite, et cela permet de penser que le plus grand nombre, sinon tous, étaient déjà malades au moment du retrait » (1). Parmi ces enfants, 9 sont décédés le jour même du retrait ; 13 le deuxième et troisième jour ; 33 dans la première semaine. En 1920, 110 enfants sont morts chez les nourrices et 32 dans le premier mois, 14 dans le deuxième mois après le retrait.

Les décès qui surviennent dans le mois qui suit le retrait sont égaux au tiers du nombre des décès chez les nourrices. Il faudrait augmenter d'un tiers environ le pourcentage des décès pour avoir approximativement le chiffre de mortalité des enfants placés en nourrice. En 1918, c'est une mortalité de 263 ‰ qu'il faudrait opposer à la mortalité générale de 119 ‰. Ce chiffre est encore trop faible, car des enfants meurent avant que la déclaration du placement ait été faite. M. Wallich estime que la mortalité peut égaler les chiffres donnés par Lüling, soit 50 %.

Le rapport du Préfet de police donne les chiffres de 4,8 % et 6,4 comme taux de la mortalité des enfants placés dans la Seine en 1921. Ces chiffres, très faibles, tiennent à la façon dont sont établis les calculs. Le nombre des décès n'est pas rapporté au nombre des entrants dans le service, mais au nombre total des enfants inscrits chaque année dans la période d'âge de 0 à 2 ans. Les mêmes enfants comptent sur

(1) Rapport du Préfet de police de la Seine, 1922.

les registres une année comme entrants, les années suivantes comme existants (cf. p. 29), ce qui diminue le taux de la mortalité.

2. — *Mortalité dans les pouponnières
et les centres de placement familial surveillé*

Il serait intéressant d'opposer à ces chiffres les taux de mortalité des asiles maternels, des pouponnières, des centres d'élevage, des chambres d'allaitement. Ces statistiques ne sont pas publiées régulièrement, ne portent que sur un petit nombre de cas ; elles ne tiennent pas toujours compte des décès survenus pendant la période d'observation ou après le transfert dans un hôpital ; enfin elles ne sont pas établies d'après une méthode uniforme.

3. — *Mortalité des enfants assistés*

Les résultats d'une enquête ordonnée par le Gouvernement, en 1860, avaient révélé pour les enfants assistés une mortalité de 70 à 90 % dans certains départements, Seine-et-Oise, Aube, Calvados, Eure, Seine-Inférieure, Loire-Inférieure. (HUSSON.)

Les enfants assistés du Rhône sont morts dans la proportion de 39 à 60 % de 1903 à 1906. (JARRICOT.)

La mortalité annuelle des enfants assistés du département de la Seine, arrivés chaque année à la campagne, a été, pendant leur première année d'âge, depuis 1911, de 20,04 — 13,09 — 16,80 — 18,54 — 30,08 — 35 — 37,85 — 42,50 — 37,96 — 34,41 — 30,29 % (1). L'augmentation de la mortalité a coïncidé avec la diminution de l'allaitement au sein. Si l'on excepte l'année 1911, exceptionnellement chaude, la mortalité à la campagne oscillait, avant la guerre, de 12 à 15 %. De 1915 à 1922, elle n'est pas descendue au-dessous de 30 %.

Si l'on considère les chiffres de mortalité des différentes agences, en 1910, 1912 et 1913, on voit qu'ils sont généralement compris entre 10 et 20 % ; ils atteignent 30 % dans quelques-unes et sont au-dessous de 10 % dans une dizaine.

La mortalité des enfants reçus en 1920 dépasse 60 % dans deux agences ; elle est de 50 à 60 % dans cinq ; elle ne tombe au-dessous de 20 % que dans quatre agences. Les résultats sont les mêmes pour les enfants reçus de 1915 à 1919. Ces

(1) Rapports annuels du Directeur de l'Assistance publique, tableau 14.

chiffres sont d'autant plus élevés que tous les enfants ne sont pas envoyés à la campagne. Seuls les enfants qui paraissent bien portants sont emmenés par les nourrices ; les débiles, les malades, les enfants hérédosyphilitiques sont gardés à l'hospice dépositaire.

De 1911 à 1920, 19.564 enfants de moins d'un an ont été inscrits au nombre des pupilles de l'Assistance publique dans le département de la Seine (1) ; 2042 enfants assistés de moins d'un an sont décédés à l'hospice dépositaire pendant ces dix années (2), 2268 à l'annexe de Châtillon (2), 4529 dans les agences de la campagne (3). *La mortalité des enfants assistés de la Seine de moins d'un an a été de 45 % en moyenne pendant dix années, de 1911 à 1920. En limitant ces calculs aux quatre dernières années, de 1919 à 1922, on voit la mortalité atteindre 54,73 % (en tenant compte des décès à la campagne inscrits chaque année au tableau 14).* Il est, du reste, difficile de donner des chiffres exacts. Le total des décès publié chaque année au tableau 12 est de 1805 pendant les quatre dernières années, de 1919 à 1922. Le tableau 14 en publie 2223. Des différences sont inévitables chaque année, puisque le tableau 12 donne le nombre des décès de l'année, le tableau 14 les décès, pendant leur première année d'âge, des enfants entrés l'année précédente ; mais le total calculé pendant plusieurs années consécutives devrait être à peu près le même, puisqu'il s'agit des mêmes enfants.

Un grand nombre des enfants sont abandonnés en très mauvais état et atteints de débilité congénitale. Mais la mortalité tient aussi au séjour prolongé dans les nourriceries par suite du nombre insuffisant des nourrices, et à la difficulté de la surveillance des nourrices en province.

L'augmentation de la mortalité a coïncidé avec la diminution du nombre des nourrices : 1475 étaient envoyées à l'hospice des Enfants-Assistés en 1911, 442 en 1915, 368 en 1920 ; toutes devaient nourrir l'enfant au sein en 1911, 155 seulement en 1920.

Certains départements indiquent des chiffres encore plus élevés : 68,4 % dans les Bouches-du-Rhône en 1920 (CAS-SOUTE) ; 80 % à Bordeaux pendant la guerre (ROCAZ). En 1921, le pourcentage officiel dépasse 75 % dans deux départements ; il oscille entre 60 et 70 % dans sept départements ; il est

(1) Rapports annuels du Directeur de l'Assistance publique, tableau 1^e.

(2) Rapports annuels du Directeur de l'Assistance publique, ch. III.

(3) Rapports annuels du Directeur de l'Assistance publique, tableaux 12 et 14.

au-dessus de 40 % dans trente-quatre départements. (WALLICH.) (1).

Une circulaire ministérielle du 17 mai 1922 prescrivait une enquête sur les causes générales et locales de la mortalité des enfants assistés dans les départements. « L'enquête a malheureusement révélé que, sauf dans dix-sept départements, la mortalité des enfants assistés a augmenté en 1921, par comparaison avec l'année 1911. » (STRAUSS.) Et la mortalité avait été anormalement élevée en 1911, année exceptionellement chaude. Les chiffres officiels sont, pour la France entière, de 43 % en 1920 et 38,66 % en 1921. Les circulaires n'indiquent pas comment ont été effectués les calculs.

b. — LA SUPPRESSION DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

Mortalité des enfants élevés par la mère :

	LULING	BONNAIRE	VITREY
Au sein.....	14,24 %	15 %	11,30 %
Au biberon....	32,63 %	25 %	30,90 %

Mortalité des enfants élevés par une nourrice mercenaire :

	LULING	BONNAIRE	VITREY
Au sein.....	31,29 %		32,60 %
Au biberon....	50,24 %	30 %	52 %

Les mêmes indications sont fournies par les statistiques de toutes les consultations de nourrissons et des crèches : la mortalité des enfants élevés au sein est beaucoup plus faible que celle des enfants élevés au biberon. Les enfants nourris au sein s'élèvent facilement ; des incidents multiples viennent troubler l'allaitement artificiel.

La mortalité infantile n'a jamais été aussi faible à Lille que pendant la guerre, bien que la mortalité générale y ait été très forte et les conditions sanitaires déplorables. (CALMETTE.) Mais les mères ont pu soigner elles-mêmes leurs enfants par suite de la fermeture des usines ; elles ont été obligées de les nourrir au sein parce qu'elles n'avaient pas d'autres aliments à leur donner.

La Suède et la Norvège attribuent leur très faible mortalité infantile (6 à 7%) au fait que la majorité des mères élèvent elles-mêmes leurs enfants et les nourrissent au sein. La mortalité reste la même lorsque ces mères émigrent. Van Ingen a recherché le taux de la mortalité infantile des différents

(1) *Bull. Ac. Méd.*, 1923.

peuples qui constituent la population des Etats-Unis. La mortalité des enfants dont les mères sont nées dans les pays scandinaves n'est que de 6,8 % pendant la première année. Elle est de 8,2 % lorsque les mères sont originaires des Etats-Unis.

Les mères renoncent à nourrir dans 50 % des cas pour aller travailler au dehors, dans 21 % des cas par ignorance ou à la suite de mauvais conseils ; les causes pathologiques sont beaucoup plus rares. (GEPFERT.)

D'après M^{lle} Charrondière, quelques femmes sont obligées de travailler (veuves, femmes abandonnées, femmes dont le mari est malade) ; beaucoup ne réfléchissent pas à la valeur de travail domestique ; d'autres préfèrent la vie de l'atelier à leur intérieur.

C. — ERREURS DANS LA CONDUITE DE L'ALLAITEMENT

L'IGNORANCE DES MÈRES ET LES NOURRICES

Les conséquences de l'ignorance des mères et des nourrices sont bien différentes suivant que l'enfant est élevé au sein ou au biberon. L'enfant nourri exclusivement au sein s'élève facilement. Des chiffres déplorables ont cependant été enregistrés. La mortalité infantile est plus élevée dans certains départements du Midi, où la majorité des enfants sont déclarés élevés au sein, que dans les départements où l'allaitement artificiel domine.

Ces résultats sont dus à ce que l'allaitement n'a du sein que le nom (PORAK), à ce qu'il est associé à l'administration trop précoce de bouillies, d'aliments indigestes, d'alcool.

La durée de l'allaitement au sein doit être prolongée assez longtemps, six mois au moins pour être efficace. Lorsque la mère donne le sein pendant quelques mois à son enfant, puis l'élève elle-même au biberon, la mortalité atteint les chiffres suivants :

42,79 %	si l'allaitement au sein dure moins d'un mois,
22,84 %	— de 1 à 3 mois,
17,41 %	— de 3 à 6 mois,
11,11 %	— plus de 6 mois.
(LÜLING.)	

Les statistiques de Vitrey et de Combe donnent des chiffres à peu près semblables.

Si la mère place l'enfant en nourrice au lieu de le conserver auprès d'elle, après l'avoir sevré, la mortalité est encore plus forte.

Les erreurs sont beaucoup plus graves et plus difficiles à éviter dans la conduite de l'allaitement artificiel. De nombreux facteurs interviennent : la qualité du lait, la préparation des biberons, leur nettoyage, leur dosage exact, leur stérilisation. Une erreur suffit à déterminer des accidents suraigus de choléra infantile, qui entraînent la mort en quelques jours, quelques heures. Quand on visite les taudis, mal tenus, surpeuplés, pas aérés, surchauffés l'été, envahis par les mouches, on comprend combien l'allaitement artificiel est périlleux dans les milieux pauvres, et jusqu'à quel point les femmes ignorent les notions d'hygiène les plus élémentaires.

L'expérience des consultations de nourrissons a prouvé que les soins aux jeunes enfants se résument en quelques règles simples que toutes les mères peuvent apprendre et appliquer dans les milieux sociaux qui paraissent les plus défavorables. Mais il faut encore qu'il existe un minimum de ressources permettant à la mère de garder son enfant. Les facteurs de la mortalité infantile se réduisent à deux principaux : l'ignorance et la misère.

d. — INFLUENCE DU MILIEU ET DES CONDITIONS SOCIALES

Des conditions sociales défavorables sont la cause de la séparation de la mère et de l'enfant, de l'allaitement artificiel, de l'ignorance des mères et des nourrices.

1. — TRAVAIL DE LA MÈRE. — D'après une enquête faite par M^{lle} Charrondière, inspectrice du travail à Rouen, la mortalité infantile des enfants des ouvrières a atteint 45 % dans un atelier occupant 77 femmes ; elle est de 48 % dans un établissement textile de la région.

A Milan, de 1901 à 1906, la mortalité infantile de la ville était de 19,96 % ; elle s'élevait à 68,18 % pour les enfants nourris au biberon dont les mères travaillaient hors de chez elles (1).

2. — PROFESSION DU PÈRE. — D'après une statistique établie en Angleterre en 1913, la mortalité infantile oscille de 2,7 à 4,8 % lorsque le père a une situation libérale (médecins, avocats, officiers, architectes) ; elle varie de 17,1 à 19,6 % dans les familles ouvrières (forgerons, terrassiers, ouvriers des usines, des filatures, etc.). (JOHN ROBERTSON, cité par Ashby.)

La mortalité infantile de Berlin atteint 11 % dans les familles d'intellectuels ; 15 % dans les familles de commer-

(1) *Rev. phil.*, novembre 1908.

gants ; 20 % dans les familles d'ouvriers ignorants. (COMBE.)

3. — CULTURE INTELLECTUELLE — D'après une statistique américaine citée par M. R. Sand, la mortalité infantile est de 10 % lorsque les mères sont intelligentes et instruites, 14,8 % lorsqu'elle savent seulement lire ou écrire, 21,4 % lorsqu'elles sont illettrées.

4. — FORTUNE. — La mortalité infantile est de 5 % dans les classes moyennes et riches ; de 20 % parmi les pauvres. (ROBERTSON.)

D'après une statistique établie à Erfurt (Allemagne), 505 enfants sur 1000 meurent au-dessous d'un an dans la classe ouvrière, 173 dans la classe moyenne, 85 dans les milieux riches. (COMBE.)

5. — LOGEMENTS. — Une enquête de Groth, à Munich, a donné les chiffres de mortalité suivants :

3 % dans les logements hygiéniques ; 26 % dans les logements antihygiéniques ; 81 % lorsque la famille n'habite qu'une seule chambre. (COMBE.)

6. — QUARTIERS DES VILLES. — La mortalité infantile des enfants nés à Paris (déduction faite du nombre des placements en nourrice) est pour les années 1903 à 1912 :

Inférieure à 10 % dans les VII^e, VIII^e, IX^e et XVI^e arrondissements ;

De 10 à 15 % dans les I^{er}, II^e, III^e, X^e, XI^e, XII^e, XVII^e et XVIII^e arrondissements ;

De 15 à 20 % dans les IV^e, X^e, XIII^e, XIX^e, XX^e arrondissements ;

De 21,40 % dans le V^e, de 22,76 dans le VI^e, de 42,67 dans le XIV^e.

Les arrondissements où la mortalité infantile est la plus élevée sont « précisément les arrondissements dans lesquels se trouvent le plus grand nombre de vieilles rues, étroites, sans air et sans lumière, où les logis, à peu près tous obscurs, sont les plus actifs agents de déchéance physique aussi bien que morale ». (JUILLERAT et FILLASSIER.)

7. — QUALITÉ DU LAIT. — Les fraudes du lait sont fréquentes dans les villes : il est mouillé, écrémé, parfois additionné de substances étrangères et de produits antiseptiques. Le lait doit contenir 40 à 45 grammes de matières grasses par litre ; la teneur en beurre des laits écrémés à la turbine peut n'être que de 5 à 7 grammes par litre.

On enregistrait à Lille, en 1900, 1462 décès de 0 à un an ; 868 de ces décès étaient imputables au choléra infantile. MM. Girard et Bordas prélevèrent 694 échantillons de lait pour analyse ; 6 furent reconnus bons. D'après leurs recher-

ches, l'utilisation du lait écrémé est nuisible non seulement parce qu'il est dépourvu de matières grasses et de phosphore, mais parce qu'il est beaucoup plus riche en germes que le lait naturel.

8. — ALCOOLISME DES PARENTS. — a) *Du Père.* — La mortalité infantile est de 55 % lorsque le père est très alcoolique (2 litres de vin par jour de façon habituelle, eau-de-vie et apéritifs), de 26 % lorsqu'il fait abus d'alcool (1 litre 1/2 ou 2 litres de vin et des apéritifs). (JACQUET.)

b) *De la Mère.* — La mortalité infantile est de 55,2 % lorsque la mère est alcoolique ; de 23,9 % lorsqu'elle est sobre. (SULLIVAN, cité par Ashby.)

e. — INFLUENCE DES ŒUVRES SOCIALES

La mortalité infantile peut être profondément modifiée lorsqu'on améliore les conditions sociales, et en particulier par la création de chambres d'allaitement dans les usines et de logements salubres dans les villes et les régions ouvrières.

La mortalité des enfants des ouvrières des *Etablissements Blin et Blin* (1) était de 20,52 %, de 1904 à 1913. La chambre d'allaitement a été ouverte le 1^{er} juillet 1918. Depuis cette date jusqu'à la fin de 1922, la mortalité est tombée à 9,43 % (19,2 % pour l'allaitement artificiel ; 4,6 % pour l'allaitement maternel) et les deux tiers des mères nourrissent leur enfant.

La cité-jardin de Tergnier, créée par la Compagnie des Chemins de fer du Nord pour son personnel, compte 1100 maisons et plus de 4.000 habitants. Elle a enregistré, en 1921, 75 naissances et 3 décès de 0 à 1 an, soit une mortalité de 4 %, tandis que, dans le reste de l'agglomération de Tergnier, Quessy et Vœul, 37 décès de 0 à 1 an correspondaient à 94 naissances, soit 39 %. (DAUTRY.)

Il est né, en 1922, 855 enfants dans les 33 cités de la Compagnie ; 28 enfants de moins d'un an y sont morts, soit 6,72 %.

Le Dr Briau faisait, en 1905, au Congrès des Gouttes de Lait, une communication sur la faible mortalité infantile du Creusot, ville industrielle où les cinq sixièmes de la population sont constitués par les agents des usines et leur famille. La mortalité infantile s'est élevée à 10,83 au Creusot, de 1893 à 1903, inférieure à la mortalité moyenne de la France. En

(1) Exposition de Strasbourg, 1923.

1903, la mortalité était de 8,50 % au Creusot, de 21,8 à Lille. Ces résultats dépendent des mesures prises par les Etablissements Schneider : assainissement de la ville et création de cités-jardins, allocation aux chefs de famille de salaires suffisants pour que les mères soient dispensées de travailler, institution d'un service médical gratuit pour le personnel.

f. — INFLUENCE DE LA SYPHILIS ET DE LA TUBERCULOSE

La syphilis est la cause de 50 % des morts qui surviennent pendant les trois derniers mois de la gestation, et elle a pu être retrouvée de façon certaine chez les procréateurs dans 20 % des cas de prématurité et de débilité. (COUVELAIRE.)

Le traitement institué de façon précoce pendant la grossesse permet d'obtenir des enfants vivants. M. Couvelaire a observé, en 1921, 73 accouchements de femmes qui avaient été soignées au dispensaire antisypilitique de la clinique Beudelocque ; 65 grossesses se sont terminées par la naissance d'un enfant vivant. Toutes les mères qui avaient été traitées régulièrement depuis le début de la gestation sont accouchées d'un enfant vivant.

Tuberculose. — M. Couvelaire a observé à la clinique Beudelocque, en 1921, 61 enfants nés vivants, dont les mères étaient tuberculeuses. 23 de ces enfants, soit 38 %, sont morts pendant le premier mois.

g. — INFLUENCE DU CLIMAT

Les statistiques montrent que la mortalité est plus élevée les années chaudes et pendant les mois d'été. Lorsqu'on établit un graphique de la température des différentes journées de l'année et du nombre des décès de 0 à 1 an, on voit les deux courbes s'élever parallèlement en juillet-août. L'ascension est beaucoup plus forte pour les enfants nourris au biberon que pour ceux nourris au sein ; elle est à peine sensible pour les enfants qui suivent régulièrement les consultations de nourrissons. (BUDIN.) La mortalité moyenne de chaque mois de l'année, calculée à Bordeaux de 1891 à 1920, donne un chiffre minimum de décès en mai (35,3), maximum en juillet (64) et en août (74,7). (BOISSERIE-LACROIX.)

En 1911, année très chaude, la mortalité infantile a été considérable en France, en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, aux Etats-Unis. Il est mort en France 116.620 enfants de moins d'un an, alors que la moyenne des années 1910-1912-1913 est de 80.000 environ. En Angleterre, la mortalité infan-

tile a été de 130 ‰ en 1911, au lieu de 105 en 1910 et 95 en 1912. On a inscrit à Berlin 782 décès d'enfants de moins d'un an au mois d'août 1910, et 1345 en août 1911. Le taux élevé des décès dans les pays chauds, et pendant les mois d'été, est dû à la gastro-entérite. Le nombre des décès par gastro-entérite est deux ou trois fois plus élevé en été pour les enfants nourris au sein ; il l'est huit fois plus pour ceux nourris au biberon.

550 enfants ont succombé en deux semaines, à Paris, du 14 au 27 août 1898. « *Que ne dirait-on pas, quelles mesures ne prendrait-on pas si une épidémie quelconque venait à déterminer à Paris, en deux semaines, la mort de 550 adultes.* » (BUDIN.)

A la consultation faite par Budin, où les enfants, lorsqu'ils n'étaient pas nourris au sein, ont reçu du lait stérilisé dans le service, aucun enfant n'a succombé. C'est qu'en effet l'action de la chaleur ne « s'observe que chez les enfants mal nourris, car si l'alimentation est surveillée, réglée avec soin dans ses moindres détails, les nourrissons traversent les grandes chaleurs sans dommage. » (MAYGRIER.) Il faut aussi tenir compte des conditions d'habitation. L'influence de la chaleur est surtout néfaste dans les villes et pour les enfants qui habitent des chambres-cuisines et des mansardes sous les toits.

IV. — ETUDE DES STATISTIQUES

LEUR INTERPRÉTATION — LEUR IMPORTANCE

L'étude des statistiques montre combien le taux de la mortalité infantile est variable. Il est inférieur à 10 %, oscillant de 4 à 8 % lorsque l'enfant est élevé dans des familles instruites et riches ; il atteint 15 % lorsque la mère pauvre nourrit son enfant au sein, 30 % lorsqu'elle le nourrit au biberon. (LÜLING.)

La mortalité des enfants placés en nourrice, difficile à connaître exactement, semble atteindre 30 % si l'on tient compte des décès survenus dans le mois qui suit le retrait. M. Wallich estime même qu'elle peut s'élever à 50 %.

La mortalité moyenne des enfants assistés âgés de moins d'un an est de 54 % dans la Seine ; elle est plus forte dans un grand nombre de départements.

Il est intéressant de rappeler que l'Angleterre a vu baisser progressivement sa mortalité infantile depuis qu'elle a orga-

nisé la surveillance des enfants par des visiteuses d'hygiène. La mortalité est passée de 12,8 %, pendant les années 1900-1910, à 8,3 % en 1921, et 7,7 % (chiffre provisoire) en 1922 (1). La mortalité infantile de la Nouvelle-Zélande est tombée de 7,63 en 1900-1904 à 4,84 en 1918 ; ces résultats ont coïncidé avec la création des écoles d'infirmières-visiteuses (*Plunket Nurses*).

L'interprétation des statistiques peut entraîner à de graves erreurs, et il faut être très prudent pour apprécier les résultats obtenus par les œuvres de protection de l'enfance. Une statistique, pour être valable, doit spécifier comment ont été calculés les chiffres, l'âge des enfants auxquels elle se rapporte, la durée de leur séjour, le nombre de cas qui ont été éliminés (décès d'enfants sortis malades, d'enfants envoyés dans un hôpital, décès survenus pendant le séjour au lazaret), toutes circonstances capables de modifier considérablement une statistique qui ne porte que sur un petit nombre de cas.

Nous avons vu (cf. p. 13) que le taux de la mortalité, très élevé pendant les premières semaines de la vie, diminue progressivement. Les statistiques des œuvres qui n'admettent pas les enfants dès la naissance et ne les gardent pas jusqu'à la fin de la première année ne peuvent être comparées au chiffre qui traduit la mortalité infantile, mais à ce chiffre rectifié comme nous l'indiquons ci-dessous :

$$\text{Mortalité infantile} = \frac{\text{Nombre des décès de 1 jour à 1 an}}{\text{Nombre des naissances}} = 12,32 \text{ en 1919}$$

$$\text{Mortalité du } 10^{\circ} \text{ au } 365^{\circ} \text{ jour : M. I.} \times \frac{4}{5} = 9,86 \text{ en 1919}$$

$$\text{— } 15^{\circ} \text{ au } 365^{\circ} \text{ — M. I.} \times \frac{3}{4} = 9,42 \text{ en 1919}$$

$$\text{— } 90^{\circ} \text{ au } 365^{\circ} \text{ — M. I.} \times \frac{1}{2} = 6,16 \text{ en 1919}$$

$$\text{— } 15^{\circ} \text{ au } 180^{\circ} \text{ — M. I.} \times \frac{1}{2} = 6,16 \text{ en 1919.}$$

$$\text{— } 15^{\circ} \text{ au } 90^{\circ} \text{ — M. I.} \times \frac{1}{4} = 3,08 \text{ en 1919}$$

Les œuvres qui reçoivent les enfants à partir du quinzième jour et ne les gardent que cinq à six mois (la plupart des asiles maternels) doivent, soit comparer leur mortalité au

(1) Ministry of Health, annual report 1922-1923.

nombre qui exprime la moitié de la mortalité infantile de l'année (6,16 en 1919), soit doubler leurs chiffres pour apprécier quel serait le taux de mortalité annuelle.

Il en est de même des œuvres qui admettent les enfants à partir du deuxième ou du troisième mois (séjour au lazaret compris), et les gardent neuf ou dix mois, comme les pouponnières de l'Entr'aide des Femmes françaises.

Les œuvres de protection de l'enfance doivent comparer leurs statistiques à celles d'enfants du même âge ; elles doivent aussi les comparer à celles d'enfants de la même région et de la même condition sociale.

Les œuvres (crèches, chambres d'allaitement, pouponnières, centres d'élevage) qui reçoivent des enfants destinés à être placés en nourrice compareront leurs statistiques à celles d'enfants du même âge placés en nourrice. Cette considération est particulièrement importante pour les chambres d'allaitement. Les industriels se sont exagéré les dangers de la contagion, du transport des enfants par tous les temps, quelquefois à de grandes distances. On ne peut nier que ces dangers existent ; pour les supprimer, il faudrait supprimer le travail de la mère ; mais ils sont bien inférieurs à ceux que courraient l'enfant si la chambre d'allaitement ne donnait pas à la mère la possibilité de le nourrir. La mortalité des chambres d'allaitement ne doit pas être comparée à la mortalité générale, mais à celle des enfants dont les mères travaillent, à celles des centres industriels dans lesquels ces chambres d'allaitement sont établies.

Des variations assez grandes se produisent dans le chiffre de la mortalité d'une année à l'autre ; elles tiennent à la température, à des épidémies, à la modification des conditions sociales. Elles sont d'autant plus importantes que le nombre des enfants considérés est moins grand, ce qui est le cas des œuvres. Il suffit d'une épidémie pour modifier une statistique qui était restée excellente pendant plusieurs années. Pour éliminer l'influence des facteurs accidentels et ne pas attribuer à un système les résultats favorables ou défavorables qui leur sont liés, il est indispensable *de publier des chiffres moyens, qui portent sur plusieurs années, cinq ans, dix ans.*

Une cause d'erreur encore plus importante tient au mode de calcul de certaines statistiques. Nous l'avons déjà signalé à propos de la statistique des enfants « protégés » et des enfants assistés. La plupart des consultations de nourrissons emploient la même méthode. Le nombre des enfants protégés, chaque année, est composé des enfants existants au 1^{er} janvier, déjà inscrits l'année précédente, et des entrants qui

sont inscrits dans le courant de l'année. C'est à ce total que sont rapportés les décès. Lorsque les statistiques sont calculées jusqu'à deux ans, le même enfant peut compter une année comme entrant, les deux années suivantes comme existant. Il faudrait rapporter le nombre des décès au nombre des enfants nouvellement inscrits chaque année ; autrement dit, un enfant compterait dans le calcul de la statistique seulement l'année où il est entrant, de même que l'année de la naissance compte seule pour le calcul de la mortalité générale. Et, afin d'éviter les erreurs tenant au nombre souvent variable des entrées d'une année à l'autre, le calcul pourrait être fait pour une période de plusieurs années. Le nombre des décès serait rapporté au nombre des enfants différents admis pendant cinq ans. Il ne serait pas tenu compte des réadmissions.

5165 enfants assistés de la Seine, âgés de moins d'un an, sont arrivés dans les agences à la campagne de 1919 à 1921. Aux 5165 entrées correspondant, pendant ces trois années, 10.870 inscriptions dans le service des enfants protégés. On conçoit l'importance des erreurs qui peuvent être commises dans l'appréciation du taux de la mortalité lorsque les calculs sont opérés en se servant du second chiffre. Ces erreurs sont mises en évidence dans les tableaux 14 et 17 des rapports annuels du directeur de l'Assistance publique. Tous deux calculent la mortalité des enfants de moins d'un an placés chaque année à la campagne ; les calculs s'appliquent aux mêmes enfants.

Dans le tableau 14, les enfants arrivés chaque année sont suivis pendant la première année de leur existence ; on note les décès survenus avant la fin du douzième mois. Le rapport des décès au nombre des entrées donne le chiffre de la mortalité, qui oscille pendant dix ans de 13.09 en 1912 (chiffre le plus bas) à 42.50 en 1919 (chiffre le plus élevé).

Dans le tableau 17, le chiffre de mortalité est obtenu en calculant le rapport du nombre des décès au nombre total des enfants de 0 à 1 an qui existaient à la campagne pendant la même année. On trouve les chiffres de 4.70 (1) en 1912, et 18.59 (1) en 1919. Ces erreurs se reproduisent dans la plupart des statistiques des œuvres, et c'est ainsi que certaines consultations de nourrissons publient des taux de mortalité de 1 à 3 %.

La meilleure méthode pour apprécier les résultats obtenus

(1) Chiffres rectifiés : le tableau donne la mortalité de 0 à 2 ans, mais permet de calculer celle de 0 à 1 an.

par les œuvres de protection de l'enfance est de suivre l'évolution du taux de la mortalité infantile dans un quartier, dans une commune, avant et après leur création. Il est aussi intéressant de comparer les chiffres à ceux des communes voisines dépourvues d'œuvres semblables. L'exemple classique est celui de Saint-Pol-sur-Mer. La mortalité infantile de cette ville a été de 28.80 % en moyenne, de 1898 à 1902. La Goutte de lait est ouverte en 1902. La mortalité tombe à 18,9 % de 1902 à 1907, à 19,8 % de 1908 à 1912. La Goutte de lait, qui fonctionnait moins bien depuis quelque temps, est fermée en 1912 ; la mortalité remonte à 21 % en 1913 et 1914, 23 % en 1915. (AUSSET.)

Il serait très utile de publier chaque année les statistiques de la mortalité, afin d'attirer l'attention générale sur *l'importance de cette mortalité* et sur la nécessité d'une lutte systématique. *La publication de statistiques détaillées* stimule les amours-propres locaux ; elle conduit à rechercher les causes d'une mortalité qui dépasse la moyenne et à y remédier. Budin demandait, en 1903, « de mettre en pratique, d'une façon sérieuse, l'enquête obligatoire réclamée par M. Paul Strauss (loi du 19 février 1902, art. 9) toutes les fois que la statistique fera ressortir dans un département une mortalité supérieure à la moyenne, afin de chercher à connaître les causes des décès pour les diminuer le plus possible. Il semble qu'actuellement le chiffre de 90 à 100 décès dans la première année, pour 1000 naissances, ne doive pas être dépassé. » (*L'Obst.*, janv. 1903.)

L'Œuvre nationale de l'Enfance a établi en Belgique, pour l'année 1921, les chiffres de la mortalité infantile de toutes les communes comprenant 2000 habitants et plus, en vue de pouvoir déterminer avec précision où il y avait lieu de poursuivre une propagande intense en vue d'y établir une consultation des nourrissons ou de renforcer l'action de celles existant. Les résultats ont été publiés au mois d'avril 1923. Les chiffres supérieurs à la moyenne sont soulignés. « Les comités provinciaux se préoccupent de combattre dans ces localités, par tous les moyens en leur pouvoir, la mortalité des tout petits, et tous les renseignements qui leur seraient donnés pour seconder leurs efforts seront particulièrement bienvenus (1). »

Les chiffres de la mortalité infantile sont très élevés : ils ne montrent pas toute l'étendue du mal. Il est impossible de traduire en chiffres le nombre des troubles de la seconde

(1) *Rev. Œuvre Nat. Enf.*, 1923, p. 395.

enfance et de l'âge adulte qui sont la conséquence de la débilité congénitale, des affections gastro-intestinales et broncho-pulmonaires du premier âge. Ces affections « produisent encore un déchet sérieux parmi les survivants, en diminuant la force de travail et la force de résistance de ceux qui restent ». (COMBE.) Ces séquelles auraient été évitées si la mère avait connu les règles élémentaires de l'hygiène et si elle avait fait soigner les maladies, les déformations, lorsqu'elles étaient encore curables.

L'organisation de l'hygiène sociale est surtout importante dans la première enfance. C'est l'âge où elle peut être préventive, supprimer les morts évitables et former des enfants vigoureux et bien portants.

« Les éleveurs font leur possible pour ne pas perdre les petits animaux qui naissent chez eux. Si dans leurs écuries, dans leurs étables, dans leurs bergeries, ils avaient de semblables résultats, guidés par leur intérêt matériel, quelles précautions, quelles mesures ne prendraient-ils pas ! Pour les enfants, que font les parents ? que font les villes ? que fait l'Etat ? » (BUDIN, *L'Obst.*, 1900, p. 385.)

DEUXIEME PARTIE

L'AIDE SOCIALE

LA LUTTE CONTRE LES MALADIES ÉVITABLES DES NOURRISSONS

L'Aide sociale se propose de lutter contre la misère et contre l'ignorance, de distribuer des secours et d'apprendre aux mères, à toutes les femmes, leur métier d'éleveuses d'enfants.

Pour que cette action soit efficace, elle doit être méthodique ; il faut unir et coordonner les efforts.

CHAPITRE PREMIER

LA LUTTE CONTRE LA MISERE

La mortalité infantile dépend de nombreux facteurs économiques et sociaux dont la transformation indispensable se fera lentement. Lorsque le salaire du père sera suffisant, les allocations familiales assez importantes, lorsque des logements propres et hygiéniques, des cités-jardins auront remplacé les taudis, il sera possible aux mères de vivre à leur foyer et d'élever leurs enfants. Actuellement, beaucoup de femmes doivent travailler : celles qui restent seules pour élever l'enfant, celles dont le mari est malade ou gagne un salaire insuffisant. D'autre part, l'industrie a besoin de la main-d'œuvre féminine. Des problèmes sociaux multiples et complexes interviennent pour séparer la mère et l'enfant, il n'est pas possible de prévoir quand ils seront résolus.

Nous nous limiterons à l'étude des lois, des institutions, des secours qui se proposent de protéger l'enfant après sa naissance et de remédier aux conditions sociales défectueuses, telles qu'elles existent actuellement.

Nous laissons de côté les mesures qui doivent rendre obligatoire et possible le repos des femmes enceintes, celui des accouchées, qui permettent l'accouchement dans de bonnes conditions, soit dans les maternités, soit à domicile (réglementation des sages-femmes ; prêt de linge, de malles de pharmacie et d'instruments).

Il faut, après la naissance, essayer par tous les moyens possibles de conserver la mère à l'enfant, de favoriser l'allaitement maternel, et, suivant la formule de Lagneau, de faire de la mère indigente la nourrice payée de son propre enfant. Les œuvres qui obtiennent ce résultat sont les plus humaines, les plus morales ; elles attachent la mère à son enfant, et l'abandon est ensuite exceptionnel.

Lorsque l'accouchement a lieu à l'hôpital, les mères y sont gardées de dix à treize jours ; la plupart peuvent être ensuite

envoyées dans des maisons de convalescence pour un séjour de deux à quatre semaines : Asile national du Vésinet, Asiles municipaux Ledru-Rollin à Fontenay et Georges Sand, Asile maternel, passage Rimbaud.

Les 1869 places de première convalescence étaient insuffisantes en 1921 pour répondre à toutes les demandes. (Rapport du directeur de l'Assistance publique, 1922.) Quelques femmes, du reste, préjugant de leurs forces, refusent la convalescence qu'on leur propose. De nombreuses mères doivent donc, du dixième au treizième jour après la naissance, pourvoir à leur entretien et à celui de leur enfant ; elles quittent l'hôpital incapables de travailler avec un enfant à élever. Elles ont touché à leur sortie un secours de 40 à 50 fr. Quand on envisage combien le nouveau-né absorbe tous les instants de la mère, au moins pendant les premières semaines, les soins qu'il nécessite, on parvient à comprendre comment la mère, livrée à elle-même, n'envisage que deux solutions : placer l'enfant en nourrice ou l'abandonner.

Et c'est dans les dix jours qui suivent l'accouchement qu'il faut agir. D'une action rapide dépend l'avenir de la mère et celui de l'enfant. Secourue ou non, elle élèvera son enfant ou elle l'abandonnera.

Un service social bien organisé s'impose dans toutes les maternités, chez les sages-femmes agréées, dans les asiles de convalescence, auprès de toute femme que le père de l'enfant a abandonnée. C'est même pendant la grossesse qu'il faudrait connaître les mères et prendre des dispositions pour le jour où l'enfant sera né.

Lorsque la mère quitte l'hôpital ou l'asile de convalescence, trois cas sont à envisager :

- 1° La mère désire garder et nourrir son enfant ;
- 2° Elle veut le placer en nourrice ;
- 3° Elle l'abandonne.

A. — LA MÈRE DESIRE GARDER ET NOURRIR SON ENFANT

* A. — LES ASILES MATERNELS

Lorsque la femme est seule (femme abandonnée, veuve, femme de soldat), il est préférable de lui conseiller d'entrer avec son enfant dans un asile maternel.

Les asiles maternels (abris maternels, maisons maternelles) reçoivent les femmes lorsqu'elles quittent la Maternité et les hospitalisent pendant plusieurs mois, à la condition qu'elles nourrissent leur enfant. L'asile maternel écarte tout souci

matériel ; la mère, bien nourrie, peut allaiter ; elle prend des habitudes d'ordre et de travail. Les enfants, élevés au sein dans de bonnes conditions, sont vigoureux ; leur mortalité est très faible, bien que ces œuvres les acceptent dès leur sortie de la maternité (du dixième au quinzième jour) et quel que soit leur poids de naissance.

La thèse de Doizy rappelle l'origine des asiles maternels et fait une étude très complète des asiles départementaux de la Loire (1914), de la Seine-Inférieure (Mont-Saint-Aignan), du Rhône (Maison du Vinatier, 1920), et de la Maison nationale de Saint-Maurice (1920).

Il existait des asiles maternels dans seize départements en 1922, et quarante-deux départements envisageaient d'en créer. (*J. Off.*, 28 déc. 1922.)

Nous citerons dans la région parisienne : l'Abri maternel de Nanterre (1909), le Refuge municipal de la rue Fessart, les sept refuges de l'Œuvre des Mères et Enfants de la guerre, le Refuge de la générale Michel, à Chatou ; et en province, indépendamment des fondations départementales, la Maison maternelle de l'Œuvre de la Samaritaine à Lyon, la Maison des Mères de Gerland (Rhône), l'Abri maternel de Marseille (1917), L'Hermitage, près de Tours, la Maison des Sœurs de la Charité maternelle, à Metz, la Maison maternelle de l'Hospice civil de Strasbourg, la Maison de Protection maternelle à Colmar, la Pouponnière de Cholet (Gironde), la Maison des Mères à Toulouse (1920), les Maisons maternelles de Blois, de Bourges (1921), d'Angers (1921), de Niort et de Saint-Bénigne (Ain), celle-ci fondée par l'Œuvre nouvelle des Crèches parisiennes, la Maison maternelle Julia Becour, à Lille.

Les mères peuvent être reçues, avec leur enfant, comme nourrices, dans les services d'accouchement de l'Assistance publique. Des postes semblables devraient être créés dans toutes les crèches des hôpitaux d'enfants et à l'Hospice des Enfants-Assistés.

La Pouponnière de Porchefontaine (1891), l'Abri-Hôpital pour mères et nourrissons de Strasbourg (1914), le Centre d'hygiène infantile de Courbevoie (1922), la Maison maternelle de la Marne, à Châlons, les pouponnières de Reims, admettent une dizaine de femmes avec leurs enfants en qualité de nourrices.

Le dispensaire Edith-Cavell (rue Desnouettes), dispose de vingt lits pour les accouchées qui ont des complications de l'allaitement.

La station suburbaine de Châtillon-sous-Bagneux peut

recevoir, depuis 1922, soixante mères recrutées parmi celles qui se présentent à l'Hospice des Enfants-Assistés pour abandonner leur enfant ; elles touchent 1 fr. 50 par jour et, depuis 1923, une indemnité supplémentaire de 2 francs lorsqu'elles allaitent, en plus de leur enfant, un nourrisson abandonné. La durée du séjour est de trois mois.

Les refuges pour mères-nourrices répondent à différents types :

1° Les uns, comme l'ABRI MATERNEL DE NANTERRE, sont isolés et destinés aux femmes qui veulent réserver leur lait à leur enfant.

L'Abri maternel a pour programme de « sauver l'enfant en lui conservant le lait de sa mère, de sauver la mère en l'attachant à son enfant ». La durée moyenne du séjour a été de quatre mois en 1922 ; vingt-cinq mères sont restées jusqu'au sevrage.

2° *Asiles pour femmes enceintes et mères nourrices.* — M. le Dr Merlin, député de la Loire, demandait en 1913 de créer des maisons où les femmes enceintes trouveraient un abri momentané dans la période qui précède l'accouchement, et les mères le repos indispensable après leurs couches. La première *Maison maternelle* put fonctionner à Saint-Etienne en 1914.

La plupart des refuges de province sont des Maisons maternelles ; ils admettent les femmes dès la grossesse. Cette méthode a l'avantage de faire connaître l'asile aux femmes et elles y reviennent volontiers avec leur enfant. Les femmes abandonnées qui suivent les consultations prénatales acceptent avec empressement la proposition qui leur est faite de se reposer quelques semaines dans un asile avant leur accouchement, elles hésitent à y retourner après la naissance ; elles redoutent la perte de leur liberté et la vie de l'asile ; cette appréhension augmente encore lorsqu'elles ont séjourné dans les grands refuges de femmes enceintes, dont l'utilité est incontestable, mais où le nombre des femmes et leur origine entraîne une promiscuité pénible et engendre l'oisiveté et l'ennui.

Le séjour dans de petits asiles avant l'accouchement démontrerait leurs avantages à la femme qui reviendrait y nourrir son enfant.

D'autre part, les bonnes ouvrières hésitent à profiter d'un séjour dans un asile de crainte de perdre leur place par une absence prolongée. Il faudrait qu'une loi garantisse leur emploi aux mères qui allaitent leur enfant.

3° *Asiles maternels et services d'accouchements.* — Les

asiles de femmes enceintes et ceux pour mères nourrices doivent être autant que possible établis près des maternités, afin de faciliter le passage des femmes d'un service à l'autre. On a proposé d'annexer un service d'accouchement à tous les refuges qui seront créés par les départements. La femme entrerait à la Maison maternelle pendant sa grossesse, y accoucherait et resterait pour nourrir son enfant. La Maison maternelle de la Loire, celles du Mont-Saint-Aignan et du Vinatier répondent à ce principe, dont la généralisation entraînerait des frais inutiles lorsqu'il existe à proximité une maternité convenablement installée.

Dans les régions où ce service fait défaut, il est tout naturel de le créer en même temps que l'asile maternel et d'en faire profiter toutes les accouchées de la région. La Maison maternelle de la Marne groupe une maternité départementale ouverte à toutes les femmes enceintes, un refuge et une pouponnière.

4° *Asiles maternels et pouponnières.* — Les établissements qui reçoivent des nourrissons sans leur mère admettent un certain nombre de femmes qui doivent être assez bonnes nourrices pour allaiter plusieurs enfants. Elles sont renvoyées lorsque leur sécrétion lactée devient insuffisante; elles doivent, d'autre part, donner des soins aux enfants ou faire le travail de fille de salle. Cette règle ne peut être adoptée dans les maisons maternelles; l'expérience a montré que les femmes admises dans ces maisons, épuisées par l'excès de travail et l'inquiétude, sont de mauvaises nourrices, au moins dans la région parisienne. En 1921, la plupart des nourrissons de l'Abri maternel de Nanterre ont dû être soumis à l'allaitement mixte à partir du troisième mois.

Mais il est intéressant de créer les pouponnières près des asiles, afin d'utiliser pour les orphelins, les enfants abandonnés, le lait que certaines femmes peuvent fournir. Elles soignent ou non un second enfant et touchent une rétribution spéciale. Le second enfant n'est jamais mis au sein, le lait est recueilli par expression et toutes les précautions sont prises pour éviter les contagions.

Le groupement d'un asile pour femmes enceintes et mères nourrices et d'une pouponnière remplaçant l'ancienne crèche dépositaire devrait exister dans chaque département.

5° *L'Asile National de Saint-Maurice.* — *Les Grands Asiles.* — Pendant la guerre, la mobilisation du père, qui laissait les femmes sans ressources, l'augmentation du nombre des naissances illégitimes, rendaient angoissant le cas de la femme qui venait d'accoucher. Le nombre des places dans

les asiles maternels était insuffisant. L'Asile d'aliénés de Charenton fut désaffecté, sur la demande de M. Pinard, pour recevoir des mères nourrices. L'Asile, ouvert le 15 octobre 1920, pouvait recevoir vingt-cinq, puis cinquante femmes. Le nombre des lits, augmenté progressivement, est actuellement de cent cinquante. Il a toujours été insuffisant. Très bien dirigé et organisé, l'Asile National rend les plus grands services. Une assistante sociale lui sera prochainement affectée.

Les lits sont réservés aux mères nourrices de nationalité française, de préférence aux filles-mères, aux veuves ou aux femmes abandonnées résidant dans la Seine depuis au moins un an, accouchées depuis trente jours au plus. Les demandes doivent être adressées au Directeur de l'Assistance publique lorsque la femme est accouchée dans un hôpital, au Préfet de la Seine lorsqu'elle est accouchée à domicile.

Mais l'Asile National ne refuse jamais une femme qui vient se présenter avec son enfant, même s'il est âgé de plusieurs mois et né en province.

Le règlement fixe la durée du séjour à deux mois, à moins d'un avis médical favorable à une prolongation.

840 femmes ont séjourné à l'Asile en 1923, le nombre des journées de présence a été de 41.311.

Les grands et les petits asiles n'ont pas les mêmes indications.

M. Schreiber insiste sur les avantages des petits asiles de trente à cinquante lits ; ils ont un caractère familial ; la discipline, tout en restant ferme, peut s'adapter au cas de chacune ; la directrice connaît personnellement toutes les mères et peut avoir sur elles une influence morale.

Les grands asiles ont l'avantage de posséder un médecin résident, un lazaret, une infirmerie, un laboratoire. Ces différents services permettent de recevoir et de conserver à l'Asile National des enfants qui s'élèvent difficilement, des hérédo-syphilitiques et des mères qui nécessitent une surveillance médicale.

LE PRIX DE REVIENT de la journée, pour la mère et l'enfant, est de 8 à 10 francs en moyenne dans les asiles de province ; il était de 16 francs à la Maison maternelle de Saint-Maurice en 1923 ; ces sommes, qui semblent élevées, ne doivent pas être ménagées, puisqu'elles contribuent à sauver simultanément la mère et l'enfant et à diminuer le nombre des abandons.

La mortalité infantile est très faible dans les asiles, elle a été de 3,2 % à l'Abri maternel de Nanterre de 1909 à 1920.

Les asiles maternels doivent, pour être vraiment utiles,

remplir un certain nombre de conditions. Il faut s'efforcer de conserver les mères jusqu'au sevrage. Beaucoup de maisons ne les gardent que deux ou trois mois, c'est insuffisant ; six mois sont un minimum, d'autant plus que les enfants sont destinés à être placés en nourrice. On obtient la prolongation du séjour en donnant aux mères une bonne alimentation, en autorisant les visites et les sorties, en leur fournissant du travail.

Le but de l'asile ne serait pas atteint si la mère était contrainte d'abandonner son enfant dans les mois qui suivent sa sortie. Il faut lui constituer un pécule en rétribuant les services qu'elle rend, lui apprendre un métier, l'aider à trouver un emploi et à placer son enfant lorsqu'elle quitte l'asile.

Le Foyer infantile et maternel de Charlottenbourg apprend un métier aux mères pendant les premiers mois (coupe, couture, sténographie) et leur permet d'aller travailler au dehors quand leurs enfants ont trois mois ; elles sont nourries et logées pendant un an. La crainte de la contagion et d'une discipline plus difficile a fait repousser cette idée en France, mais des ateliers et des ouvriers, fournissant un travail bien rétribué, pourraient être créés dans les asiles maternels.

Les enfants qui ont séjourné à la Maison maternelle d'Anvers sont visités par des infirmières qui signalent toute vélléité de désintéressement et d'abandon. Les maisons maternelles reçoivent des subsides, en Angleterre, à condition d'enseigner un métier aux femmes ; celles-ci sont autorisées à aller travailler au dehors et, à leur départ, elles sont signalées à l'infirmière-visiteuse du district où elles se rendent, afin que l'enfant continue à être surveillé. (Memento 43/m C. V.)

B. — LES SECOURS ET LES PRIMES

Le cas de l'enfant illégitime a toujours préoccupé les législateurs. Sa mortalité est, dans tous les pays, beaucoup plus forte que celle des enfants légitimes. Les enfants illégitimes sont, plus souvent que les légitimes, des débiles et des malades ; ils sont surtout moins souvent élevés par leur mère ; ils sont mis en nourrice dans des conditions déplorables et abandonnés. L'Hospice des Enfants-Assistés de Paris a, pendant dix ans, de 1913 à 1922, recueilli 31.258 enfants : 7.965 légitimes, 23.293 illégitimes.

On a essayé de diminuer le nombre des abandons en aidant la mère à élever son enfant. C'est le but des secours pré-

ventifs d'abandon. « Tant que la loi n'obligera pas le séducteur, le père naturel, à fournir à la fille-mère les moyens d'entretien pour elle et son enfant, il faut que la charité, que l'assistance publique y pourvoient. *Il faut que la mère indigente devienne la nourrice payée de son propre enfant.* » (LAGNEAU.)

La loi du 27 juin 1904 fixe le taux minimum des secours préventifs d'abandon : « Un secours est accordé pour permettre à la mère pauvre de garder et de nourrir son enfant ou de le placer en nourrice. Il peut être accordé aux enfants des femmes veuves, divorcées ou abandonnées par leur mari. » (Art. 7.)

1. — SECOURS ACCORDÉS AUX MÈRES PAUVRES LORSQUE LE PÈRE DE L'ENFANT EST DÉCÉDÉ OU NE CONTRIBUE PAS A SON ENTRETIEN. — Les secours que peut recevoir la femme veuve ou abandonnée s'élèvent à 250 francs environ pendant les deux mois qui précèdent et suivent l'accouchement ; il varient de 600 francs à 1.000 francs pour la première année, selon qu'elle place son enfant en nourrice ou qu'elle l'élève et le nourrit au sein.

Ces secours sont accordés par différentes lois.

1^o *Secours préventifs d'abandon* (loi du 27 juin 1904). — Les secours sont réservés aux enfants âgés de moins de trois ans (moins de deux ans dans quelques départements). Les secours sont payés mensuellement et d'avance. Ils ne peuvent être cumulés avec les allocations et pensions militaires, ni avec l'assistance aux familles nombreuses.

Lorsque la mère élève son enfant, elle reçoit :

- a) A sa sortie de l'hôpital, un secours de 40 à 50 francs ;
- b) Un secours mensuel de 50 à 70 francs pendant la première année ; de 30 à 50 francs pendant la deuxième année ; de 20 à 40 francs pendant la troisième année (depuis le 29 décembre 1920) ;
- c) Une layette ;

Lorsqu'elle place son enfant en nourrice, il lui est remis, en quittant l'hôpital :

- a) Soit un bon de 80 à 95 francs pour choisir une nourrice, soit 30 francs et un billet de chemin de fer aller et retour pour conduire son enfant en nourrice, puis :
- b) Des secours mensuels de 35 à 45 francs de 0 à 1 an, de 25 à 35 francs de 1 à 2 ans, de 15 à 25 francs de 2 à 3 ans.

Le département de la Seine donne ce secours à toutes les femmes privée d'appui masculin, de nombreux départements le réservent aux enfants illégitimes. Les secours devraient être beaucoup plus importants pour la mère qui élève son

enfant. Ils ne devraient pas être réservés aux enfants illégitimes, mais accordés à tous les nécessiteux.

2° Un secours est accordé aux femmes françaises privées de ressources suffisantes qui s'engagent à observer le repos et les règles d'hygiène prescrites par la loi. (Lois des 17 juin, 30 juillet 1913 et 2 décembre 1917.)

Les femmes doivent adresser une demande écrite assez précoce (vers le sixième mois de la grossesse) au maire de l'arrondissement ou de leur commune. Elles indiquent : 1° Qu'elles sont françaises ; 2° qu'elles sont dépourvues de ressources. Elles joignent un certificat médical fixant la date probable de l'accouchement. La prime est fixée, dans le département de la Seine, depuis 1918, à 1 fr. 75 par jour pour les quatre semaines (28 jours) qui précèdent la date probable de l'accouchement. La mère reçoit la même prime pendant vingt-huit jours après l'accouchement, sur production de l'acte de naissance ou du bulletin de décès (mort-né). Cette somme est réduite à 1 franc pendant la durée de l'hospitalisation si la mère n'a pas d'autre enfant à sa charge.

3° *La loi du 24 octobre 1919* accorde une prime mensuelle de 15 francs par mois aux femmes qui allaitent leur enfant (1 fr. 50 par jour pendant le premier mois dans la Seine). Un certificat médical mensuel est nécessaire pour toucher la prime.

4° Les femmes qui ont à leur charge un enfant de moins de trois ans peuvent recevoir des bons de lait qui sont délivrés par les consultations départementales de nourrissons.

2. — LES FAMILLES INDIGENTES peuvent toucher les primes prévues par les lois du 13 juin 1913 et du 24 octobre 1919. Le Conseil municipal de la Seine en a fait bénéficier, depuis 1920, les ménages où les ressources journalières sont inférieures à 20 francs (le salaire du père étant seul compté). Ce barème est majoré de 3 francs pour chaque enfant à la charge des parents. Plus d'un tiers des accouchées reçoivent cette aide dans le département de la Seine. En tenant compte de ce secours et de la prime d'allaitement, la somme est au maximum de 140 francs pour deux mois de chômage obligatoire. La loi est « beaucoup plus une loi d'hygiène sociale qu'une loi d'assistance. » (Circ. minist. du 28 oct. 1922.)

Les secours de mise en nourrice et de lait stérilisé peuvent être alloués dans la Seine aux ménages particulièrement nécessiteux.

3. — LES FAMILLES NOMBREUSES. — La loi du 14 juillet 1913 accorde aux ménages nécessiteux comptant plus de trois enfants âgés de moins de treize ans (ou de moins de seize ans

pour les enfants placés en apprentissage avec contrat) une mensualité de 20 francs par enfant inscrit. Ce secours ne peut être cumulé avec les secours préventifs d'abandon.

Les primes à la natalité sont à Paris de 350 francs pour le troisième enfant et augmentent de 50 francs par enfant, pour atteindre 700 francs au maximum pour le dixième et au-dessus.

4. — LES ŒUVRES PRIVÉES. — De nombreuses œuvres distribuent des secours en argent ou en nature.

La Société de la Charité maternelle (56, avenue de la Motte-Picquet) fut fondée en 1784 pour venir en aide aux enfants légitimes menacés d'abandon. Les secours sont donnés aux femmes mariées, indigentes, chargées d'enfants.

La Société protectrice de l'Enfance (19, rue de Pétersbourg), fondée en 1865, accorde des secours (berceaux, layettes, bons d'aliments) aux mères nourrices habitant Paris à partir du troisième enfant ou même du deuxième. L'enfant doit être allaité par sa mère et ne pas être âgé de plus de cinq mois.

La Mutualité maternelle (39, rue des Petits-Champs), fondée en 1891 par M. Poussineau, comptait en 1919 plus de cent cinquante filiales dans les départements. (COMMANDEUR.)

La Mutualité donne une layette et des primes aux mères affiliées, leur prête du linge au moment de l'accouchement et assure la surveillance médicale des mères et des nourrissons. Elle a créé des consultations dans tous les quartiers, à Paris et dans la banlieue, elle a organisé des visites à domicile. Son but est d'encourager l'allaitement au sein. De 1892 à 1904, la mortalité infantile moyenne n'a été que de 6 % pour les enfants des mères inscrites dans les mutualités maternelles. (TROUETTE.)

L'Œuvre de l'Allaitement maternel (9, rue J.-B. Dumas), fondée par M^{me} Béquet, de Vienne, en 1876, a pour but de donner à la mère le moyen de nourrir son enfant en la soutenant de son appui moral et matériel.

De nombreux dispensaires (Dispensaires des Œuvres de la Croix-Saint-Simon, 18, rue de la Croix-Saint-Simon, XX^e ; Groupement des Œuvres de Belleville, 162, rue de Belleville ; Dispensaire pour la Jeunesse, 7, rue Daval, XI^e ; l'Assistance maternelle et infantile de Plaisance, 66, rue Vercingétorix ; les œuvres sociales du Moulin-Vert, 92, rue du Moulin-Vert, XIV^e), distribuent des secours et assurent la surveillance médicale des mères et des enfants à leurs consultations et par les visites à domicile de leurs infirmières.

APPRECIATION DES SECOURS. — Les secours sont insuffisants. Ils devraient non pas dispenser la mère de travailler, mais

lui permettre de fournir un travail moins pénible et de consacrer les heures de repos à son enfant. Il est presque impossible à la femme seule de travailler et d'élever l'enfant. La nourrice demande au minimum 100 à 200 francs par mois, le secours est de 35 à 45 francs. Si la mère tombe malade, si elle chôme, les mois de nourrice ne sont plus payés ; l'enfant est remis à l'Assistance publique.

Les infirmières-visiteuses, les assistantes sociales, les surveillantes de maternités, les directrices des consultations de nourrissons, tous ceux qui voient la vie de ces mères ont l'impression d'une misère affreuse contre laquelle on ne peut rien actuellement et dont l'enfant est la victime. M. Pinard demandait en 1917 d'accorder une prime de 5 francs par jour à la mère qui nourrit son enfant au sein (au maximum pendant un an). M^{lle} Letellier, inspectrice du travail, estime qu'il faudrait prendre comme base les deux tiers du salaire, avec minimum de 6 francs par jour, à condition que la mère allaite. Des primes aussi élevées sont indispensables, mais elles augmenteraient considérablement les charges de l'Etat, des départements, des communes, d'autant plus qu'il faudrait les étendre à tous les enfants indigents. 11.600 enfants ont touché régulièrement les secours préventifs d'abandon dans la Seine en 1921. Plus de 10.000 de ces enfants étaient illégitimes, moins de 1.500 légitimes. La femme mariée indigente n'a droit qu'exceptionnellement au secours ; la mère d'un enfant illégitime le touche après un minimum de démarches. Ces injustices apparentes disparaîtraient, les secours aux enfants illégitimes pourraient être plus importants et plus efficaces s'ils étaient fournis par le père, rendu responsable de l'entretien de son enfant, de même qu'en Suède, en Norvège, dans les pays germaniques et comme tendent à l'admettre la plupart des Etats du nord de l'Amérique (cf. *infra*). Si ces méthodes étaient adoptées en France, l'Etat, déchargé du soin de la majorité des enfants illégitimes, pourrait augmenter le taux des secours et les donner à toutes les mères nécessiteuses qui garderaient leur enfant auprès d'elles. Une partie des sommes utilisées actuellement par le service des enfants assistés (enfants secourus et enfants abandonnés) pourrait servir à développer des œuvres dont tous les enfants bénéficieraient (centres de surveillance des nourrissons et d'instruction des mères).

C. — CRÈCHES ET CHAMBRES D'ALLAITEMENT

Lorsque la mère d'un nourrisson doit travailler, deux solutions s'offrent à elle : se séparer complètement de l'enfant en le plaçant en nourrice, ou le mettre en garde pendant ses heures de travail. Cette éventualité est préférable ; la mère voit son enfant chaque jour, elle s'y attache, surveille son développement et peut continuer à le nourrir au moins partiellement. Mais, le plus souvent, elle le confie aux frères et sœurs plus âgés, à des parentes ou des voisines paresseuses, imbues de préjugés, qui gardent l'enfant dans des taudis sombres, pas aérés, et lui donnent n'importe quelle nourriture, préparée on ne sait comment.

Pour remédier à ces inconvénients, Marbeau créa la première crèche à Paris, en 1844. Les crèches se sont rapidement multipliées. Elles ont pour objet de garder et de soigner les enfants en bas âge pendant les heures de travail de leur mère. Ce sont des externats de nourrissons.

Le *Manuel des Crèches* donne la liste des 445 crèches qui existaient en France le 1^{er} janvier 1909. Ce nombre était réduit à 400 en 1922 (M^{me} MULON) ; 115 ont fonctionné dans la Seine en 1921 (rapport du Préfet de police).

Le décret du 2 mai 1897, l'arrêté ministériel du 20 décembre 1897 (modifié par le décret du 21 novembre 1923) et la circulaire du 8 décembre 1898 règlent les conditions d'admission et de fonctionnement, la disposition des salles et la composition du personnel.

Les enfants sont généralement admis depuis trois semaines ou un mois jusqu'à deux ou trois ans ; ils doivent fournir un certificat de vaccination et un certificat médical constatant qu'ils ne présentent aucun signe de maladies contagieuses.

Les crèches ont été très critiquées ; elles groupent les enfants à un âge où les maladies contagieuses sont fréquentes et d'autant plus graves que l'enfant est plus jeune. C'est leur principal inconvénient. M. Triboulet signalait, en 1912, qu'il avait reçu dans son service treize enfants atteints de rougeole venant d'une même crèche et que onze avaient succombé. Si l'hygiène de la crèche est défectueuse, si les enfants ne sont pas soumis à des visites médicales régulières, s'ils ne sont ni baignés, ni promenés, si le lait est de mauvaise qualité et l'alimentation mal réglée, on observe dans les crèches des épidémies de gastro-entérite ; les enfants sont rachitiques et anémiques. Mais il faut remarquer que ces mauvaises conditions hygiéniques seraient le plus souvent

les mêmes si l'enfant était gardé chez ses parents ou placé en nourrice.

Les crèches sont indispensables toutes les fois que la mère travaille pour éviter la séparation de la mère et de l'enfant. On ne peut songer à les condamner ; il faut les transformer. « A notre époque, la crèche est devenue un organisme indispensable dans les grands centres industriels ; malheureusement, tel qu'il est, cet organisme est bien défectueux dans la plupart des cas. » (CHAILLOU.)

Les locaux doivent être ceux de toute institution sociale moderne, assez vastes, bien aérés, bien éclairés, faciles à lessiver, convenablement chauffés l'hiver. Les fenêtres sont ouvertes dès le départ des enfants ; le sol est lavé chaque soir, les murs une fois par mois.

Des salles différentes doivent être affectées aux enfants qui ne marchent pas encore et à ceux qui commencent à marcher, afin d'éviter que les jeux des grands ne troublent le repos des plus petits et surtout pour restreindre les dangers de contagion.

Une salle de bains, ou tout au moins une salle de douches, suivant le modèle adopté dans plusieurs crèches et pouponnières de la région parisienne, permettent de laver les enfants chaque jour.

Une salle d'isolement, divisée en boxes individuels, est réservée aux enfants qui paraissent malades en attendant la visite du médecin. La directrice doit recevoir successivement tous les enfants le matin, et les examiner, afin de dépister les affections contagieuses, de refuser les malades, d'isoler les douteux. C'est la meilleure méthode pour éviter les épidémies. Le médecin examine les enfants chaque semaine, il est appelé dès qu'un enfant semble malade.

Le lait, de bonne qualité, est préparé pour chaque enfant, suivant les indications du médecin, stérilisé, gardé au frais et donné à heures fixes. Des biberons sont souvent remis à la mère pour la consommation de la nuit.

Un jardin, ou au minimum une terrasse abritée, sont indispensables, et il faut veiller à ce que les enfants y soient gardés toute la journée en été et le plus possible en hiver.

Lorsque toutes ces précautions sont prises, la crèche n'est pas dangereuse ; elle devient une école d'hygiène où les enfants, mieux soignés qu'ils ne pourraient l'être chez leurs parents, se développent normalement. Beaucoup de crèches, malheureusement, ont des installations défectueuses, en province et à Paris. Il faudrait faire une revision de toutes les crèches qui existent actuellement, fermer définitivement cer-

taines dont les locaux ne peuvent être modifiés et imposer la transformation des autres.

Le choix de la directrice a une grande importance. Une loi devrait imposer que la directrice ait fait des études d'hygiène infantile, un stage dans une crèche modèle et qu'elle soit munie d'un diplôme.

Les crèches n'admettent jusqu'ici que les enfants bien portants ; elles refusent ceux qui toussent, sont atteints d'angine légère, d'impétigo, etc. L'état de ces enfants n'est pas assez grave pour les conduire à l'hôpital, et la mère qui doit travailler ne sait à qui les confier. Il faudrait annexer aux crèches une infirmerie, divisée en boxes où seraient traitées les indispositions bénignes. La crèche devrait aussi pouvoir garder le jour et la nuit les enfants dont les mères sont malades.

Marbeau croyait favoriser l'allaitement maternel en instituant les crèches ; il les réservait aux enfants nourris au sein par leur mère.

Les nécessités sociales ont obligé d'y admettre tous les enfants. La crèche est souvent trop éloignée de l'usine, du magasin pour que la mère puisse venir donner le sein et profiter des repos d'une demi-heure accordés deux fois par jour aux mères nourrices. (Loi du 5 août 1917.) Des crèches ont été construites près des usines et dans les usines ; ce sont les *chambres d'allaitement*. La première crèche entretenue par un industriel pour ses ouvriers a été créée à Beauvais en 1868. Les chambres d'allaitement furent nombreuses à partir de 1908 dans la région du Nord ; elles ne comprenaient pour la plupart qu'une seule pièce et donnaient d'excellents résultats, parce qu'elles ne recevaient que des enfants nourris au sein, beaucoup moins fragiles que ceux élevés au biberon.

Un rapport de M. Lesage à la Ligue contre la Mortalité infantile démontre leurs avantages, la simplicité de leur installation et de leur entretien. L'emploi des femmes dans les usines de guerre posa plus impérieusement la question des chambres d'allaitement. La plupart des usines en créèrent ; un grand nombre ont été fermées depuis. Une loi décrétait, en 1917, que le « les chefs d'établissements occupant plus de cent femmes de plus de quinze ans *peuvent* être mis en demeure d'installer dans leurs établissements ou à proximité des chambres d'allaitement » (art. 54*d*). La création de chambres d'allaitement est obligatoire en Italie, en Espagne, en Portugal, en République Argentine. La loi française n'a pas un caractère obligatoire, et le règlement d'administra-

tion publique qui doit en permettre l'application n'est pas encore paru.

M. Pierre de Maisonneuve a fait une étude récente, très complète, des chambres d'allaitement qui existent pour les ouvrières d'usines.

Le fonctionnement des chambres d'allaitement a montré certains inconvénients dont l'importance a été exagérée. On a objecté le danger de transporter l'enfant matin et soir, par tous les temps, en tramway et en chemin de fer, ce qui est inévitable lorsque les ouvrières habitent la banlieue des villes. On oublie que la mortalité est encore beaucoup plus forte lorsque l'enfant est sevré et placé en nourrice. M^{lle} Letellier fait remarquer qu'il est difficile à la mère de nourrir et de fournir un travail fatigant. Les emplois les moins pénibles devraient être réservés aux femmes enceintes et aux mères nourrices. Une cantine maternelle, annexée à la garderie, permettrait aux mères de consommer sur place un repas vendu au prix coûtant et leur éviterait la fatigue d'un déplacement en leur donnant la facilité de promener et soigner leur enfant après le repas.

Les employeurs se sont effrayés des désastres survenus dans des garderies d'enfants élevés au biberon. Le danger n'est pas le même pour l'enfant nourri au sein ; l'expérience a montré que la mortalité des chambres d'allaitement est très faible et que les enfants s'y élèvent sans difficulté. Mais l'installation d'une chambre d'allaitement est coûteuse depuis la guerre et les usines n'ont pas toujours un local à leur consacrer. Ce sont les principaux obstacles. On a objecté que des ouvrières peu consciencieuses abusent du temps qui leur est accordé. Des remontrances et, à la rigueur, une sanction auraient raison de ces abus. En général, les mères savent apprécier la chambre d'allaitement, qui leur permet de conserver leur enfant auprès d'elles et de le nourrir.

L'Assistance publique de Paris a mis à la disposition de son personnel féminin, dans la plupart de ses hôpitaux (1), une salle où les enfants sont gardés par une infirmière. Les mères viennent les nourrir toutes les trois heures. Les épidémies y sont exceptionnelles ; la mortalité est très faible. Les mères des nourrissons demandent des postes dans les hôpitaux où ces crèches existent. La Société Médicale des Hôpitaux, considérant la nécessité qu'il y a de rendre possible

(1) Hôpital de la Pitié, Charité, Lariboisière, Laënnec, Saint-Louis, Boucicaut, Salpêtrière ; dans les hospices de Bicêtre, d'Ivry, de Brévannes, des Ménages, à l'asile d'Hendaye, à l'Hôpital Maritime de Berck.

aux infirmières des hôpitaux l'allaitement au sein de leurs enfants, émettait le vœu que l'administration accélère l'organisation des crèches et chambres d'allaitement dans tous les hôpitaux, en y assurant l'isolement individuel parfait avec consultation hebdomadaire de nourrissons (séance du 28 décembre 1923).

Les établissements Blin et Blin, à Elbeuf, avaient, dès 1904, accordé des primes d'allaitement à leurs ouvrières et les avaient autorisées à aller donner le sein à leurs enfants dans un crèche municipale située à proximité de l'usine. Le salaire ne subissait aucune diminution du fait de ces absences. De 1904 à 1913, 103 enfants sur 268 nés viables furent élevés au sein avec une mortalité de 8,7 %. En 1918, une chambre d'allaitement fut créée dans l'usine ; les deux tiers des mères ont nourri leur enfant au sein ; il s'est produit 5 décès d'enfants sur 107, soit 4,6 %.

Les Blanchisseries et Teintureries de Thaon-les-Vosges ont organisé un ensemble très complet d'œuvres sociales. Une crèche, fondée en 1911, contient cinquante berceaux dans des boxes individuels. Les mères peuvent interrompre leur travail pour venir nourrir leur enfant. Le total des indemnités données à chaque naissance (salaire avant et après les couches, prime de naissance et d'allaitement, layettes) est de 1.200 fr. environ dans les familles ayant plus de trois enfants.

Certains industriels préfèrent remplacer la chambre d'allaitement par des primes suffisantes pour que la mère reste chez elle et allaite son enfant. Les magasins du Bon Marché donnent à la mère une indemnité de 120 francs par mois pendant dix mois.

A Lyon, les industriels ont fondé la *Société de la Natalité lyonnaise*, qui fonctionne depuis 1918. 51 commerçants y adhéraient en 1921 ; 6285 ouvrières y étaient inscrites. Les mères qui s'engagent à nourrir leur enfant touchent au moment de la naissance une somme de 510 francs pour six mois de repos (un mois avant l'accouchement et cinq mois après). De 1918 à 1921, 650 naissances et 40 décès d'enfants ont été déclarés, soit une mortalité de 6,15 %. La surveillance est assurée aux consultations de nourrissons et par des infirmières-visiteuses.

Les Caisses de Compensation (Caisse du bâtiment et des travaux publics, Caisse de la métallurgie...) donnent des primes à la naissance des enfants ; elles les font visiter par des infirmières.

D. — LES CANTINES MATERNELLES (1)

Les cantines maternelles sont des restaurants où sont admises gratuitement les mères qui allaitent leur enfant (jusqu'à quatorze mois). Les premières ont été créées à Paris, en 1905, par M. et M^{me} H. Coulet, qui organisèrent cinq restaurants pour mères nourrices. Depuis 1912, les cantines sont ouvertes aux femmes enceintes à partir du cinquième mois de la grossesse, sur présentation d'un certificat médical timbré et daté d'une maternité. Des consultations de nourrissons ont été adjointes à la plupart des cantines.

Les cantines sont actuellement au nombre de onze à Paris et une à Levallois-Perret ; les unes dépendent de la Fédération des Cantines maternelles (64, rue du Rocher) ; les autres ont leur siège social, boulevard Lannes, 55.

Les repas sont servis de 11 à 13 heures et de 17 à 19 heures. Le menu se compose à midi de soupe, d'une portion de viande (environ 75 gr. de viande cuite) ; d'un légume (500 gr. de légumes secs) ou de pâtes (300 gr.), d'un verre de bière et de pain à discrétion. Le repas du soir ne comporte pas de viande.

En Belgique, les cantines maternelles sont subventionnées par l'Œuvre nationale de l'Enfance ; elles sont généralement annexées aux consultations de nourrissons et fournissent aux femmes un repas par jour à consommer sur place ou à domicile. Il en existait 501 le 31 décembre 1921.

En Angleterre, la plupart des « Ecoles des mères, — consultations de nourrissons », — distribuent des repas.

E. — LE TRAVAIL A DOMICILE

Une des mesures les plus efficaces pour permettre aux mères d'élever leurs enfants serait de leur procurer du travail à domicile. Jusqu'ici, ce travail est insuffisamment rémunéré, et le nombre d'heures pendant lesquelles la femme doit travailler ne lui permet pas de s'occuper de ses enfants. Une enquête sur le travail à domicile (lingerie, fleurs artificielles, chaussures), faite de 1905 à 1913 par l'Office du Travail, a

(1) Adresses des cantines : 9, rue du Figuier, IV^e ; 25, rue de l'Estrapade, V^e ; 7, rue du Corbeau, X^e ; 76, rue des Boulets, XI^e ; 56, rue Crozatier, XII^e ; 8, rue Lahire, XIII^e ; rue du Faubourg-Saint-Jacques, XIV^e ; 49, rue Gutenberg, XV^e ; 17, boulevard Bessières, XVII^e ; 55, rue des Cloys, XVIII^e ; celle du XIX^e a été fermée en 1923 ; 40, rue des Cou-driers, XX^e ; 38, rue Grande, à Levallois-Perret.

montré trop souvent que le gain est médiocre, les journées de travail longues et qu'il existe des chômages prolongés.

La Société des Amis des Hôpitaux d'enfants se propose de fournir à la mère du travail, afin qu'elle puisse allaiter ses enfants, les soigner en cas d'indisposition légère, les garder lorsqu'ils quittent l'hôpital, convalescents.

B. — LES « ORPHELINS TEMPORAIRES »

L'expression d' « orphelins temporaires » a déjà été employée autrefois, nous semble-t-il, pour désigner les nourrissons placés en garde pendant les heures de travail de leur mère. Nous l'avons appliquée avec notre maître, M. Jules Renault, aux enfants élevés loin du foyer familial ; elle représente très exactement la situation de ces enfants qui sont actuellement confiés à des nourrices mercenaires et seront peut-être, dans les années à venir, placés dans des pouponnières ou des centres de placement familial surveillé.

Le nombre des placements diminue progressivement, mais reste encore très élevé. De 9000 à 10.000 déclarations ont été faites chaque année à Paris, depuis 1919. Ces chiffres répondent au cinquième des déclarations de naissances ; ils en représentaient le tiers avant la guerre. 159.364 enfants ont été protégés en France pendant l'année 1913 ; 91.361 seulement en 1920. (MÉRY.) La diminution du nombre des placements semble due non seulement à la difficulté de trouver des nourrices et à l'augmentation de leur salaire, mais à la propagande faite pour démontrer les inconvénients de la mise en nourrice et la nécessité de l'allaitement maternel.

Une campagne active doit être entreprise pour convaincre les mères qui peuvent élever leurs enfants de les garder auprès d'elles. Il faut en donner le moyen à d'autres en les aidant par des secours, en les hospitalisant dans les asiles maternels, en mettant à leur disposition des chambre d'allaitement, des crèches, des logements sains, etc...

Mais il restera toujours des cas où l'enfant ne peut être élevé dans sa famille, lorsque la mère est décédée, lorsqu'elle est malade ou obligée de travailler. On a cherché à remédier aux dangers du placement en nourrice et à réaliser un mode d'élevage qui permette de sauver les enfants. Les pouponnières et les centres d'élevage ont le même but. Ils présentent, comme nous l'étudierons, des indications différentes. Mais, chaque pouponnière ou centre d'élevage, tels qu'ils sont com-

pris actuellement, reçoivent de vingt à quarante enfants en moyenne. Il faudrait en créer trois ou quatre mille en France pour recevoir les 80.000 à 100.000 enfants qui sont protégés chaque année. D'autre part, le prix de revient est élevé. Chaque enfant coûte environ 10 francs par jour aux œuvres (la dépense est la même dans les asiles maternels privés pour une mère et son enfant). Les pouponnières et les centres d'élevage ne pourront pas, avant de nombreuses années, supprimer le placement chez une nourrice isolée. Ce placement doit être organisé, surveillé de façon à en atténuer le plus possible les inconvénients. Ce problème se rattache à celui de la protection de l'enfance en général.

LE PLACEMENT CHEZ UNE NOURRICE ISOLÉE. LA LOI DE 1874

De tout temps, les mères ont placé leurs enfants en nourrice. Des lois et décrets nombreux ont essayé de réglementer cette profession et de protéger les enfants. Leur succession montre leur insuffisance et leur inefficacité. Les mêmes abus se sont toujours reproduits. Dreyer-Dufer cite une ordonnance du 30 janvier 1350 pour réglementer l'industrie nourricière. Elle « fixe à 100 sols l'an le salaire des nourrices nourrissant les enfants hors de la maison du père. » Des « recommanderesses » servent d'intermédiaires entre les nourrices et la famille.

En 1685, un arrêt du Parlement oblige « les femmes de la campagne à se munir d'un certificat du curé de leur paroisse constatant leur état, leur moralité et leur religion. »

Une déclaration royale du 29 janvier 1715 prescrit aux parents de remettre à la nourrice un « certificat de renvoi » qui contienne les renseignements concernant l'état civil du nourrisson. Après la Révolution, le service fonctionna difficilement. « Il résulte d'un rapport du ministre de l'Intérieur Lainé, présenté au roi en 1818, qu'à l'aurore de la Révolution française, il mourait environ 91 enfants de moins de deux ans sur 100. » (DREYER-DUFER.) En 1815, la mortalité des enfants placés en nourrice s'abaisse à 75 %. Lafabrègue cite une nourrice à emporter chez qui 40 nouveau-nés sont morts en vingt ans, et une autre âgée de cinquante-neuf ans qui a eu, de 1841 à 1873, 60 nourrissons sur lesquels 45 sont décédés chez elle. « Prêchons, dit-il, non seulement l'allaitement maternel, mais encore la surveillance incessante des enfants en nourrice. » De 1866 à 1870, trente-quatre séances de l'Académie de Médecine sont consacrées à l'étude de l'industrie

nourricière. Husson, Brochard, Monot, Blot, Bouchardat, Chauffard, Fauvel, en font un tableau lamentable. Le ministre, à la suite d'une enquête faite de 1867 à 1869, chargea une commission de préparer un projet de loi destiné à protéger les enfants en nourrice. Les travaux furent interrompus par la guerre de 1870, et la loi de protection des enfants du premier âge, connue sous le nom de loi Roussel, ne fut votée que le 23 décembre 1874. Le règlement d'administration publique parut le 27 février 1877.

LOI DU 23 DÉCEMBRE 1874. — « Tout enfant de moins de deux ans qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents, devient par ce fait l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé. » (Article premier.)

« Toute personne qui place un enfant dans ces conditions doit en faire la déclaration à la mairie de la commune. » (Article 7.)

« La nourrice doit se munir d'un certificat médical délivré par un médecin de sa commune ou de celle où elle va chercher l'enfant, et d'un carnet. » (Articles 27, 29 et 30.)

« Elle doit faire la déclaration à la mairie de la commune dans les trois jours de l'arrivée de l'enfant. » (Article 9.)

La surveillance est confiée, dans le département de la Seine, au Préfet de police ; dans les autres départements, aux préfets. Ce sont eux qui donnent l'autorisation nécessaire pour ouvrir ou diriger un bureau de nourrices et pour exercer la profession d'intermédiaire entre les nourrices et les familles. « Dans les départements où l'utilité d'établir une surveillance est reconnue, un ou plusieurs médecins sont chargés de cette inspection. » Ils sont nommés par le Préfet. (Art. 4.)

« Des commissions locales sont instituées par un arrêté du Préfet, après avis du comité départemental, dans les parties du département où l'utilité en sera reconnue. » (Art. 2.) Elles comprennent au moins deux mères de famille.

La surveillance instituée par la loi « est exercée sous l'autorité du Préfet, assisté du comité départemental, par des commissions locales, par les mairies, par des médecins-inspecteurs et par l'inspecteur des Enfants-Assistés du département. » (Règl. d'adm. pub.)

« La mairie doit avertir le médecin-inspecteur dans les trois jours qui suivent la déclaration de l'arrivée de l'enfant, faite par la nourrice. Le médecin-inspecteur est tenu de visiter l'enfant au domicile de la nourrice dans la huitaine du

jour où il est prévenu par la mairie. Il fait ensuite des visites mensuelles. »

Le règlement détermine les conditions dans lesquelles doivent fonctionner les commissions locales.

La loi Roussel a été la première loi qui ait posé le principe de la protection légale de la première enfance ; elle a servi de base à la plupart des lois étrangères. « La loi Roussel, en soumettant les nourrices à un certain nombre d'obligations, et entre autres à la surveillance médicale, a rendu d'inappréciables services. Quarante ans d'application ont montré qu'elle pouvait et devait être perfectionnée. » (JULES RENAULT.) Elle a donné des résultats, mais elle est « très fréquemment mal appliquée ou inappliquée, souvent même transgressée. » (MAYGRIER.)

Th. Roussel, dans un rapport sur la dépopulation de la France, demandait, en 1890, de préparer la revision de la loi. Des propositions de loi furent déposées au Sénat par M. Strauss (14 novembre 1899) et par M. Léon Labbé (25 octobre 1901). L'Académie de Médecine nomma, pour les étudier, une Commission qui commença ses travaux en 1907 et les termina en 1913. Quatorze séances furent consacrées, en 1913 et 1914, à des discussions, et particulièrement à celles de l'article 8, qui fixe à sept mois l'âge de l'enfant dont la mère veut se placer comme nourrice sur lieu ; il a perdu de son intérêt depuis que les nourrices au sein ont à peu près disparu. M. P. Strauss préconisait, en 1918, d'établir un carnet d'élevage pour tous les enfants et d'étendre la surveillance instituée par la loi Roussel. M. Gustave Dron déposait, en 1920, un projet de loi tendant à reconnaître et à encourager les consultations de nourrissons. Ces deux propositions, renvoyées à la Commission nommée par le Sénat en 1900, font l'objet d'un rapport de M. P. Strauss, présenté au Sénat le 2 juin 1921 ; il n'a pas encore été discuté.

Les critiques. — « A mesure que s'est poursuivie avec un succès croissant l'application de la loi du 23 décembre 1874, l'expérience a révélé des oublis, des lacunes, des imperfections. » (STRAUSS.) De nombreux enfants, placés en garde, échappent à la surveillance. Les visites médicales ne sont pas assez fréquentes ; la surveillance, exercée seulement au domicile de la nourrice, cause une grande perte de temps au médecin et ne permet ni de peser régulièrement l'enfant, ni de l'examiner complètement. La substitution de l'allaitement artificiel à l'allaitement au sein a mis en évidence les dangers de l'ignorance des nourrices et la nécessité de les instruire. Enfin les placements effectués dans les régions éloignées du

lieu de naissance et dans des localités qui ne sont pas desservies par le chemin de fer imposent un voyage d'autant plus fatigant et dangereux que l'enfant est plus jeune.

Les nourrices, d'accord avec les parents, déclarent souvent qu'elles ne touchent aucun salaire pour se soustraire au contrôle prévu par la loi. Le terme « hors du domicile des parents » est trop vague. Il exclut de la protection des enfants gardés par leurs grand'mères, souvent aussi ignorantes et insouciantes que les nourrices mercenaires. Théophile Roussel demandait, en 1890, de supprimer les termes « moyennant salaire » et d'étendre la protection à tout enfant gardé « hors du domicile de ses père et mère ».

Le certificat médical peut être délivré par un médecin de la commune de la nourrice ou de celle où réside l'enfant. La nourrice qui veut cacher une tare peut ainsi demander un certificat à un médecin qui ne la connaît pas. Budin conseillait, en 1907, d'autoriser les médecins-inspecteurs seuls à délivrer les certificats des nourrices et d'exiger pour l'enfant un certificat indiquant qu'il est transportable.

La loi laissait les départements libres de juger s'ils devaient avoir ou non une inspection médicale. « Loi et décret ne restèrent pas lettre morte ; mais, pour arriver à ce résultat, il fallut lutter contre l'ignorance, l'insouciance et aussi la résistance du public, des conseils généraux, des administrations. On peut juger de la ténacité que durent déployer les pouvoirs publics par la lecture des importants rapports annuels qu'ont fait depuis le début, au président de la République, les ministres de l'Intérieur chargés de l'application de la loi. « En 1878, dit M. Waldeck-Rousseau, dans son rapport de 1885, l'inspection médicale des enfants du premier âge, c'est-à-dire l'œuvre essentielle de la protection, n'existait que dans vingt-six départements (vingt à titre définitif et six en conformité d'une autorisation provisoire) ; en 1884, elle fonctionnait régulièrement dans cinquante-neuf départements. » « En 1907, tous les départements envoyaient des fiches. » (JULES RENAULT.)

La surveillance médicale, telle qu'elle est exercée actuellement, est insuffisante. La première visite est trop tardive. La loi accorde trois jours à la nourrice pour faire sa déclaration, trois à la mairie pour prévenir le médecin, et celui-ci n'est tenu de faire sa première visite que dans la huitaine. Un délai de quatorze jours peut donc s'écouler avant que l'enfant ne soit visité, à un moment où il est particulièrement exposé, à la suite des fatigues du voyage et du changement d'alimentation. Les visites suivantes sont mensuelles ;

elles se font au domicile de la nourrice. Les visites à domicile sont nécessaires, mais elles ne suffisent pas. La nourrice est absente lorsqu'elle veut éviter l'inspection. La chambre froide et en désordre, le peu d'empressement de la nourrice, sont autant de prétextes pour ne pas déshabiller l'enfant. Le législateur avait compté sur le concours des commissions locales auxquelles il réservait le principal rôle. Ces commissions devaient comprendre au moins deux mères de famille. « Il fallait que la surveillance organisée par la loi fût confiée à une autorité qui, placée près des nourrices, pût, par des visites fréquentes et imprévues, surprendre le genre de vie fait à l'enfant et s'assurer que la nourrice comprend et pratique réellement ses devoirs. » (Circ. minist. du 15 juin 1877.)

Les commissions locales ne furent pas créées ou ne fonctionnèrent pas.

Les consultations de nourrissons et la loi Roussel. — Budin attirait l'attention de l'Académie de Médecine sur le rôle que peuvent jouer les consultations de nourrissons dans la protection des enfants du premier âge. Son rapport fut envoyé au ministre de l'Intérieur, et le Sénat, sur la proposition de M. Paul Strauss, adoptait, en 1903, le projet de résolution suivant : « M. le ministre de l'Intérieur est invité... à recommander aux inspecteurs et médecins du service des Enfants assistés et du service de la Protection du premier âge de se faire les propagateurs des consultations de nourrissons. » Des consultations ont été organisées dans plusieurs départements par les médecins-inspecteurs, qui ont obtenu de bons résultats, bien qu'ils ne puissent appuyer leur décision sur aucun texte légal.

Le Dr Lop demandait en 1902, au préfet des Bouches-du-Rhône, l'autorisation de créer une consultation dans sa circonscription de nourrices. Les enfants étaient ainsi examinés deux fois par mois : une fois à la consultation, une fois au domicile de la nourrice.

Plusieurs consultations (quarante au début) avaient été créées dans le Finistère à la suite d'un arrêté du préfet de 1907. Les pupilles de l'Assistance publique et les enfants protégés devaient y être conduits toutes les fois que le domicile de la nourrice était distant de moins de 3 kilomètres du centre (1).

Le Dr Vidal fait à Hyères, depuis 1908, le premier dimanche de chaque mois, une consultation à laquelle sont admis les enfants du premier âge protégés par la loi Roussel.

(1) BOURDEAU de Fontenay, Thèse, Paris, 1908-1909, n° 289.

Les consultations furent créées, en 1904, dans l'Yonne, par M. Marois, inspecteur de l'Assistance publique. « Je résolus de créer des consultations de nourrissons pour les enfants du premier âge avec le concours des médecins-inspecteurs. Les nourrices seraient tenues d'y amener leurs nourrissons et les mères invitées à y présenter leurs jeunes enfants... Les consultations de nourrissons établies sur ces bases purent fonctionner. *La population, d'abord indifférente, puis hésitante, prit résolument le chemin de la consultation* (1). »

Le règlement départemental de Seine-et-Oise du 2 mai 1914 décrète que « les enfants de moins de deux ans résidant à moins de 2 kilomètres du centre de la consultation et appartenant soit au service des Enfants assistés, soit au service de la Protection du premier âge, soit à la catégorie des enfants secourus à un titre quelconque par l'Administration, doivent obligatoirement être présentés à la consultation. » (Art. 2.)

L'objection faite le plus souvent au principe des consultations obligatoires est le danger du transport de l'enfant à la campagne et la perte de temps imposée aux nourrices. Le règlement du département de Seine-et-Oise convoque toutes les nourrices dans un rayon de 2 kilomètres, celui du Finistère dans un rayon de 3 kilomètres. M. Jarricot estime que 1.500 mètres sont un maximum. Des exceptions sont faites pour les débiles, les malades, et lorsque le temps est trop rigoureux.

Des consultations ambulantes ont été organisées pendant les mois d'été dans les trois communes des Hautes-Alpes où la mortalité infantile est la plus élevée. (SÉGUIN.)

Le département de l'Oise en a créé en 1920. Elles sont chargées de se transporter dans les localités où le taux de la mortalité dépasse la moyenne.

MM. Nobécourt et Schreiber signalent une consultation de nourrissons ambulante pour les enfants de forains, créée à Paris par la Mutualité maternelle.

L'expérience de plusieurs départements a démontré que la surveillance médicale doit s'exercer au domicile de la nourrice et aux consultations, de façon à multiplier le nombre des examens au moins pendant les premiers mois et lorsque l'enfant s'élève difficilement.

La loi Roussel et les infirmières-visiteuses. — La première visite doit être précoce, afin de régler l'alimentation et d'examiner l'enfant éprouvé par le sevrage et les fatigues du

(1) MAROIS, Ligue contre la mortalité infantile.

voyage. La nourrice devrait être obligée de déclarer l'arrivée de l'enfant le jour même, et simultanément à la mairie et au médecin-inspecteur. A cet effet, il pourrait lui être remis des cartes imprimées et affranchies qu'il lui suffirait d'expédier ; quarante-huit heures au plus devraient s'écouler avant la première visite. Mais cette visite pourrait être faite par une infirmière-visiteuse instruite, munie d'un diplôme, capable d'avoir de l'autorité sur les nourrices, agissant sous la direction et le contrôle du médecin de la consultation. Elle remplirait le rôle qui devait incomber aux commissions locales.

L'enfant serait conduit chaque semaine aux consultations de nourrissons pendant les trois premiers mois, tous les quinze jours jusqu'à la fin de la première année ; tous les mois durant la deuxième année ; plus souvent si le médecin le jugeait nécessaire. Dans l'intervalle, il serait visité à domicile par l'infirmière. Les visites seraient aussi rapprochées que le nécessiteraient l'ignorance de la nourrice et l'état de l'enfant. Le médecin ne serait plus astreint qu'à faire des visites trimestrielles au domicile de la nourrice, afin de contrôler les renseignements fournis par l'infirmière-visiteuse. Les visites seraient plus fréquentes en cas de maladie.

C'est le rôle d'une infirmière de donner à la nourrice des conseils d'hygiène ménagère, de lui apprendre à préparer le berceau, à habiller l'enfant, à nettoyer les biberons, à stériliser le lait ; elle convoque les nourrices aux consultations, y assiste et s'assure que les prescriptions ont été exactement comprises et exécutées. Elle peut consacrer tout son temps à ces visites, revenir aussi souvent que l'état de l'enfant le nécessite pendant les premières semaines qui suivent le placement et pendant les mois d'été.

La visiteuse d'hygiène infantile surveillerait les enfants et apprendrait aux nourrices à les élever.

L'instruction des nourrices. — M. le professeur Lemaire insistait, en 1913, au Congrès de Bruxelles, sur les dangers de l'ignorance des nourrices ; il demandait qu'elles soient obligées de faire des études de puériculture avant d'être autorisées à prendre un nourrisson. Depuis, on a proposé de les astreindre à un stage dans un centre d'élevage ou une pouponnière.

Le recrutement des nourrices est déjà difficile ; les femmes mariées, mères de famille, refuseraient de quitter leur intérieur pour passer quelques semaines dans une institution de puériculture. Mais l'enseignement pourrait leur être donné aux consultations de nourrissons et à domicile par des infirmières-visiteuses. Il est encore plus urgent d'instruire les

nourrices depuis que l'allaitement artificiel s'est substitué à l'allaitement au sein. M. Wallich estime que 78.000 enfants ont été élevés au biberon sur 83.000 « séparés » en 1921, et il expose les qualités qu'il faut exiger de la nourrice et de l'éleveuse. Il suffit que la nourrice ait une bonne santé et du lait. Quant à l'éleveuse, elle doit être bien portante, pas trop âgée et avoir acquis des notions élémentaires sur la pratique de l'allaitement artificiel. Elle doit habiter une région où elle puisse recevoir *régulièrement* le lait destiné à l'alimentation du nourrisson et posséder le matériel pour la stérilisation du lait.

Les moyens de transports. — Un des dangers du placement en nourrice est la longueur du voyage, les stationnements dans les gares, les trajets en voitures découvertes imposés à l'enfant dans de mauvaises conditions, surtout pendant les mois d'été ou d'hiver.

Il faut recommander aux parents et aux hospices de placer les enfants jeunes dans les départements voisins de leur domicile et seulement dans des localités ayant une gare. Une circulaire ministérielle du 28 décembre 1922 rappelle la nécessité de « recourir à des moyens de transport accélérés » pour faire voyager les enfants assistés et les enfants protégés par la loi Roussel, la nécessité de réserver des compartiments pour les nourrices et d'employer des automobiles pour éviter les changements de train et l'attente de la correspondance dans les gares.

Le Comité national de l'Enfance a installé dans les gares des dépôts pour approvisionner en lait stérilisé les nourrices et meneuses à leur départ de Paris.

La proposition de loi Strauss et Dron (1921), remplace le terme « hors du domicile des parents » par celui « hors du domicile de ses père et mère ». Les mots « moyennant salaire » sont supprimés.

Elle étend la protection prévue par la loi aux enfants des nourrices, aux enfants dont les parents touchent un secours quelconque, de la commune, du département ou de l'Etat.

Le médecin-inspecteur délivrera seul le certificat constatant l'aptitude des nourrices et l'état de salubrité de leur logement.

L'enfant devra être muni d'un certificat constatant : 1° qu'il ne paraît atteint d'aucune maladie transmissible ; et 2° qu'il peut être transporté sans danger. (Art. 11.)

Les médecins devront visiter les enfants dans les quarante-huit heures du jour où ils seront prévenus de l'arrivée de l'enfant. Les visites seront bi-mensuelles pendant les six

premiers mois, mensuelles jusqu'à la fin de la première année ; elles se feront tous les deux mois pendant la deuxième année. (Art. 4.) Ce nombre est encore insuffisant, surtout pendant les premières semaines et pendant les mois d'été.

Les consultations de nourrissons organisées en vue d'examiner périodiquement les nouveau-nés jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de deux ans, de veiller sur leur régime alimentaire et de procéder à des pesées et mensurations destinées à contrôler la régularité de leur croissance pourront, après agrément, être utilisées pour assurer la protection des enfants du premier âge.

« L'agrément sera accordé de plein droit aux consultations municipales, départementales, dépendant d'établissements publics et, après examen, aux consultations privées. Un règlement d'administration publique déterminera les conditions à remplir à cet effet, notamment en ce qui concerne l'obligation d'accepter le contrôle du service des Enfants-Assistés, d'assurer par des personnes compétentes les visites à domicile et de tenir régulièrement une fiche mentionnant l'état de santé et la courbe du poids. Les consultations de nourrissons existantes devront provisoirement être utilisées jusqu'à la mise en vigueur du règlement d'administration publique. » (Article 5.)

Le projet de loi reconnaît les consultations de nourrissons ; il n'oblige pas à les créer. De même que cinquante-six départements seulement avaient admis l'utilité d'une surveillance médicale des nourrissons en 1884, dix années après le vote de la loi, il faut craindre que la généralisation des consultations ne soit lente. La loi belge de 1919 est beaucoup plus affirmative. Elle prévoit que l'Œuvre nationale de l'Enfance pourra organiser des consultations dans les communes où aucune institution n'aura sollicité et obtenu son agrément un an après la mise en vigueur de la loi, et les femmes ne sont autorisées à prendre de nourrissons que dans les communes où le médecin de la consultation promet de surveiller l'enfant.

Les consultations se sont, en effet, révélées un des meilleurs moyens d'exercer la surveillance médicale des enfants placés en garde. Elles permettent seules d'examiner rapidement et complètement un grand nombre d'enfants.

Le rôle des médecins-inspecteurs. — La loi de 1874 n'accorde pas aux médecins-inspecteurs une autorité et une influence correspondant à l'importance de leur rôle dans la protection de l'enfance. Th. Roussel reconnaissait, en 1890, que « l'inspection médicale est le plus essentiel de tous les rouages de la loi », et M. Strauss ajoute, dans son rapport : « Ce qui domine, c'est l'obligation d'une inspection médicale des nourrissons ». Les lois de protection de l'enfance n'ont peut-être pas fait une distinction suffisante entre la surveillance administrative et la surveillance médicale — surveillance

administrative assurée par les inspecteurs départementaux de l'Assistance publique et les inspecteurs-adjoints — surveillance médicale confiée aux médecins-inspecteurs. On ne saurait mieux comparer leurs rapports réciproques qu'à ceux existant entre les services médicaux et administratifs des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris.

Ces deux autorités, qui ne peuvent dépendre l'une de l'autre, doivent collaborer et être également représentées dans le Comité départemental. L'intervention des deux éléments médicaux et administratifs n'est pas suffisante. Les malades des hôpitaux n'ont pas seulement besoin de soins : ce sont des pauvres qu'il faut secourir, des pauvres qui ignorent les lois sociales et les œuvres de bienfaisance. Le service social complète l'action du médecin et donne au malade le moyen d'exécuter les prescriptions médicales. Le service social est aussi utile auprès des nourrices et des nourrissons que dans les salles de malades. La protection des enfants placés en garde et, d'une façon générale, de tous les enfants en bas âge, doit faire appel au concours du service social et des œuvres privées.

La collaboration des médecins, des pouvoirs administratifs et des œuvres, indépendants les uns des autres, mais réunis pour concourir au même but, permettra seule d'obtenir des résultats satisfaisants et durables. Des représentants de chaque groupe doivent constituer le comité départemental.

Les comités départementaux, créés par la loi de 1874, n'ont, du reste, qu'un rôle consultatif. « Ils se sont réunis une ou deux fois au plus par an. » (LÉDÉ.) Ils devraient être chargés, dans chaque département, d'organiser les services de protection de l'enfance, d'en contrôler le fonctionnement, d'établir des statistiques détaillées qui permettent de déterminer les facteurs locaux de la mortalité infantile et les moyens les plus efficaces de la combattre.

Les rapports annuels de l'Académie de Médecine reconnaissent que certains médecins-inspecteurs se désintéressent du fonctionnement de la loi et que les visites prévues ne sont pas toujours faites. Ces observations montrent la nécessité de ne confier les fonctions de médecin-inspecteur qu'à des candidats ayant fait des études de puériculture et des stages dans des œuvres de protection de l'enfance.

LA PROPHYLAXIE DE LA MISE EN NOURRICE. — La protection des enfants placés en nourrice doit être améliorée. Mais elle donnera toujours des résultats insuffisants par suite du grand nombre des enfants à surveiller et de la dispersion des habitations des nourrices. Elles dépendra aussi des qua-

lités de dévouement des personnes chargées d'assurer la surveillance prévue par la loi. La difficulté de trouver des nourrices consciencieuses, propres et éducatrices, fera échouer en partie les efforts qui ont pour but de protéger les enfants. Il faut obtenir que la mère garde son enfant, et lui expliquer le danger de la mise en nourrice, qu'elle ignore. Il faudrait publier chaque mois, dans tous les journaux, le nombre des enfants placés en nourrice et le nombre de ces enfants qui sont morts ou ont été repris dans un état grave ; il faudrait l'afficher dans les consultations de femmes enceintes et de nourrissons, dans les maternités. La propagande pendant la grossesse est la plus efficace. Le médecin, l'infirmière-visiteuse peuvent s'enquérir auprès de la future mère de ses intentions et lui démontrer les avantages de l'allaitement maternel. Les résultats sont beaucoup moins bons lorsque ces démarches ne sont commencées qu'après la naissance. Les dispositions sont prises, la nourrice « très capable, très sûre », est choisie et engagée, « la parente qui doit emmener l'enfant est déjà arrivée », et la mère affaiblie n'est pas en état de lutter contre les suggestions de son entourage. Si la mère s'obstine à se séparer de son enfant, il faudrait au moins lui expliquer l'existence et les avantages des lois qui protègent l'enfance et lui recommander de choisir une nourrice dans le même département, afin d'éviter les fatigues du transport et d'avoir la facilité de *contrôler souvent et à l'improviste les soins qui sont donnés* ; il faudrait lui conseiller de faire peser régulièrement devant elle l'enfant déshabillé.

LA SURVEILLANCE DES ENFANTS PLACÉS EN GARDE, A L'ÉTRANGER.
— *Allemagne*. — La loi du 9 juillet 1922 (1), qui entrera en vigueur le 1^{er} avril 1924, prescrit la surveillance des enfants de moins de quatorze ans placés en garde dans les familles et des enfants illégitimes gardés par leur mère. La surveillance est confiée aux Offices de la Jeunesse de chaque commune (*Jugendamts*).

Angleterre. — La loi de 1908 (*Children Act*) (2) règle la protection des enfants de moins de sept ans, mis en garde moyennant rémunération. Elle prévoit une enquête sur les décès survenus chez la nourrice lorsqu'aucun médecin ne certifie avoir donné des soins à l'enfant.

Belgique. — Les articles 12 et 13 de la loi du 5 septembre 1919 (2) établissent la protection des enfants âgés de moins de sept ans, placés en garde, moyennant salaire, hors du

(1) *Bull. intern. Prot. Enf.*, suppl^{ts} n^{os} 47, 48, 51.

(2) *Id.*, suppl^{ts} n^{os} 8, 9.

domicile de leurs parents ou tuteurs légaux. La loi a conservé le terme « moyennant salaire », afin de dispenser les œuvres philanthropiques du contrôle prévu par la loi. L'application de la loi est confiée à l'Œuvre nationale de l'Enfance. La nourrice doit demander au médecin d'une consultation de nourrissons agréée par l'Œuvre un certificat par lequel il déclare pouvoir surveiller l'enfant, et elle s'engage à suivre les conseils donnés par le médecin.

Danemark. — La loi du 1^{er} mars 1895 étend l'inspection à tous les enfants placés en garde contre paiement, jusqu'à l'âge de quatorze ans. L'inspection est exercée à Copenhague par douze dames inspectrices salariées, qui sont des infirmières particulièrement instruites en hygiène infantile. Elles sont placées sous la direction du médecin principal et de son assistant. Les visites sont faites une fois par semaine pour les enfants ayant moins de neuf mois, tous les quinze jours pour les enfants de neuf mois à deux ans, une fois par mois de deux ans à sept ans, et une fois par trimestre pour les enfants au-dessus de sept ans (1).

Espagne. — La loi du 12 août 1904 (2) stipule que les enfants placés en garde doivent être surveillés jusqu'à l'âge de dix ans (art. 1^{er}).

Norvège. — La Norvège porte à quinze ans la surveillance des enfants placés en garde (lois des 25 avril 1905 et 10 avril 1915).

Nouvelle-Zélande. — La loi de protection de l'enfance (*Infant live protection act 1896*) prescrit la surveillance de tous les enfants de moins de quatre ans (six ans depuis 1906) placés en garde hors du domicile de leur mère. L'inspection a été confiée en 1906 à des femmes munies du diplôme d'infirmières.

Suède. — La loi du 6 juin 1902 prévoit la surveillance des enfants âgés de moins de sept ans qui sont élevés moyennant rétribution chez des personnes autres que leurs parents, grands-parents ou tuteurs légaux.

Suisse. — La législation suisse varie dans les différents cantons : une des lois les plus récentes est celle du canton de Vaud (1916) : elle prescrit la surveillance, jusqu'à l'âge de sept ans, des enfants placés hors du milieu familial.

(1) Exposition de Strasbourg, 1923.

(2) *Bull. intern. Prot. Enf.*, supp¹ n° 30.

LES POUPONNIÈRES. — L'ABRI-HOPITAL DE STRASBOURG

Les pouponnières sont des internats de nourrissons ; elles élèvent les enfants orphelins, abandonnés, ou simplement séparés de leur mère. Les publications de M. Raimondi et de M. Wallich, le livre de M. d'Heucqueville en font une description complète.

Coudereau avait établi, en 1875, un plan de pouponnière composé de cinquante pavillons pouvant recevoir chacun dix enfants et deux nourrices. Ce plan contient tous les principes qui sont observés pour l'organisation des pouponnières modernes (répartition des enfants par petits groupes ; pavillons de deux salles de cinq enfants sans communication entre les pavillons ; pavillons d'isolement). Ce projet, conçu pour remédier à la pénurie des nourrices, n'eut pas de suite. Il serait vraisemblablement difficile de recruter le personnel de ces villages de nourrissons si l'on voulait en créer en nombre suffisant pour élever tous les enfants qui sont placés en nourrice, d'autant plus que le personnel des pouponnières est astreint à observer des règles assez strictes, afin d'éviter l'importation des maladies contagieuses.

Le taux élevé de la mortalité des enfants placés en nourrice a remis à l'étude la question des pouponnières, dans le but de confier à un personnel éduqué les enfants dont les mères se séparent. Certaines pouponnières recueillent des nourrices avec leur enfant, afin de pouvoir instituer l'allaitement mixte (*Pouponnière de Porchefontaine, Pouponnière de la rue d'Alésia*) ; d'autres pratiquent l'allaitement artificiel exclusif (*Pouponnières de l'Entr'aide des Femmes Françaises, à Boulogne et à Fontenay*).

La Pouponnière de Courbevoie (Fondation Parquet), ouverte en 1922, luxueuse, d'un entretien coûteux, était destinée à recevoir des nourrissons bien portants, élevés à l'allaitement mixte, tant que leur poids était inférieur à six kilogrammes. Elle admet, depuis janvier 1924, des convalescents.

M. Wallich demande que le nom de pouponnière soit réservé aux établissements qui, à l'exemple des pouponnières de l'Entr'aide, élèvent des enfants bien portants.

La pouponnière de Porchefontaine, l'Institut de puériculture de Strasbourg admettent des débiles.

Les pouponnières ont été très critiquées, et particulièrement celles où les enfants sont soumis à l'allaitement artificiel. Elles ont donné lieu à des discussions dans les récents

congrès et à l'Académie de Médecine, à l'occasion du rapport présenté par M. Wallich sur la protection de l'enfance (décembre 1923).

Les résultats déplorables obtenus dans les nourriceries des hospices-dépositaires avaient fait redouter l'agglomération des enfants en bas âge et préférer le placement en nourrice.

L'expérience des pouponnières modernes a montré que les enfants nourris au biberon peuvent être élevés en commun, tout en attirant l'attention sur les précautions qu'il faut prendre pour réaliser cet élevage dans de bonnes conditions. *Un défaut d'organisation entraînerait fatalement des désastres, comme dans les anciennes nourriceries.*

Les pouponnières de l'Entr'aide admettent des enfants bien constitués, ayant un poids normal, âgés de six semaines, que la mère a nourri au sein et vient allaiter plusieurs fois par jour au début, afin de réaliser un sevrage progressif. L'admission définitive n'est prononcée qu'après un séjour de trois semaines au lazaret. Les malades, les enfants qui paraissent ne pouvoir supporter l'allaitement artificiel sont rendus à leur famille. Huit enfants sont décédés à la Pouponnière de Boulogne, en 1921, pendant la période d'observation ; cinq ont été rendus aux parents. (Rapport du Préfet de police, 1921.)

Il faut, pour installer une pouponnière, disposer d'un local convenable et s'assurer le concours d'un médecin qui s'intéresse à la puériculture, d'une directrice instruite et dévouée et d'un personnel assez nombreux.

Il faut exiger que les pouponnières :

- 1° Ne reçoivent pas plus de dix à vingt enfants ;
- 2° Qu'elles occupent un local hygiénique composé de salles petites, divisées en boxes individuels ;
- 3° Que les enfants soient mis en observation dans un lazaret pendant vingt et un jours avant d'être reçus dans les salles communes ;
- 4° Que la surveillance médicale soit journalière ;
- 5° Que la directrice ait un diplôme d'une école de puériculture ;
- 6° Que le personnel soit instruit et assez nombreux ;
- 7° Que les enfants bien portants soient seuls admis lorsque la pouponnière n'est pas aménagée pour soigner les malades ;
- 8° Que les sorties du personnel et les visites des parents soient réduites au minimum, pour éviter les dangers de contagion ;

9° Que des terrasses ou un jardin permettent de sortir les berceaux chaque jour et aussi longuement que possible.

Il est très important de prévoir l'hospitalisation de mères allaitant leur enfant, afin de pouvoir réaliser l'allaitement mixte.

Les pouponnières bien dirigées évitent les épidémies de broncho-pneumonie et de fièvres éruptives ; la gastro-entérite et la cachexie hospitalière y sont inconnues.

Elles peuvent rendre de grands services. Situées dans les quartiers aérés et la banlieue des villes, elles sont appréciées des parents qui désirent surveiller le développement de leur enfant. Le prix de revient est de 7 à 10 francs par jour dans les pouponnières qui dépendent d'œuvres privées. Les frais d'installation élevés et la difficulté de recruter le personnel empêcheront, semble-t-il, de les préconiser sans restriction pour l'élevage des enfants bien portants.

L'Institut de Puériculture de Strasbourg, appelé aussi Hôpital-Abri pour mères et nourrissons, représente une conception très intéressante des pouponnières. Il sert d'école de puériculture et permet de former des infirmières et des visiteuses d'hygiène infantile. Il reçoit des mères avec leurs enfants et peut élever les enfants à l'allaitement mixte. Fondé en 1901, il fut installé en 1914 dans les locaux qu'il occupe actuellement. Il pourrait servir de modèle pour des centres d'hygiène infantile départementaux.

Il reçoit :

1° Des prématurés et des débiles ;

2° Des enfants dont l'élevage difficile nécessite un régime spécial et une surveillance exacte ;

3° Ceux que leur mère ou leur nourrice ne peuvent garder temporairement ;

4° Les enfants abandonnés avant leur placement à la campagne.

L'Institut de Puériculture ne reçoit pas de maladies aiguës, mais soigne ses malades. Les cas de maladies contagieuses (diphthérie, fièvres éruptives) sont transférés à l'hôpital (un ou deux cas par an en moyenne).

L'Institut peut admettre quatre-vingt-dix nourrissons, seize nourrices et vingt élèves infirmières.

Son aménagement, très bien compris, sans luxe inutile, répond à toutes les exigences de l'hygiène : grand lazaret ; petites salles vitrées s'ouvrant directement sur les terrasses, où les berceaux sont sortis facilement dès que le temps le permet ; chambres à un ou deux lits pour malades payants ; chambre-cuveuse avec doubles portes et fenêtres, double

chauffage ; salles de radioscopie, de stérilisation, d'opérations ; laboratoires pour examens chimiques et bactériologiques ; salle de stérilisation des biberons, chambre-glacière. La disposition des armoires qui s'ouvrent à la fois dans les salles et sur le couloir est telle, que les filles de service apportent le linge et la vaisselle, emportent les récipients salis sans pénétrer dans les salles de bébés.

L'organisation permet de soigner temporairement à l'Abri-Hôpital des enfants bien portants, d'y élever des débiles, d'y traiter des enfants qui ont besoin de soins constants ou doivent être mis en observation.

La mortalité générale a été de 17,2 % en 1919, 14,3 % en 1920 ; 12,2 % en 1921 ; 9,2 % en 1922, et la plupart des décès surviennent les premiers jours. Cinq décès ont été constatés pendant les vingt-quatre premières heures, en 1921 et 1922 ; treize les deuxième et troisième jours en 1921. (Exp. de Strasb., 1923.)

Une institution de ce genre est indispensable dans toutes les régions pour admettre les enfants que les nécessités sociales (abandon, maladie de la mère) obligent à recueillir d'urgence, pour remplacer les anciens hospices-dépositaires et traiter les nourrissons qui ne peuvent recevoir chez leurs parents ou en nourrice les soins nécessaires. Lorsque leur état est amélioré, ils sont rendus à leurs parents ou placés à la campagne.

LES CENTRES D'ÉLEVAGE

Les centres d'élevage sont des « centres de placement familial et rural pour l'élevage au biberon sous la surveillance d'un médecin et d'une visiteuse ». (GUINON.)

Ils ont été créés en se basant sur l'expérience des placements familiaux adoptés presque simultanément aux États-Unis par Chapin (*Speedwell society*, 1902) et en France, par Grancher, pour préserver les enfants exposés à une contagion tuberculeuse (*Œuvre Grancher*, 1903). Grancher avait résolu d'admettre seulement des enfants âgés de plus de cinq ans, parce que « les soins nécessaires à un tout jeune enfant sont plus difficiles à donner et exigent un personnel d'élite », parce que les fièvres éruptives et les diarrhées sont fréquentes et meurtrières dans la première enfance.

Le premier centre a été réalisé en France par les Nids de Porchefontaine (1909). M^{me} Zimmern en comptait seize en 1922 ; neuf reçoivent des enfants indigents ; deux des nourrissons abandonnés à l'Assistance publique (Milly et Maule-Orgeval) ; cinq des enfants de parents tuberculeux (Main-

ville-Draveil, Mandres, Salbris, Remarday, Couture). Les centres de Mainville, Mandres, Montmorency, admettent des débiles. Les hérédo-syphilitiques peuvent y être traités.

Les centres d'élevage répondent actuellement à deux types : le centre complet et le centre simplifié.

M. Guinon recommande d'organiser *le centre d'élevage complet* dans une région rurale proche de la ville où se recrutent les nourrissons. Le médecin résidant dans la localité doit être actif et instruit des méthodes modernes de la puériculture. Une infirmière-visiteuse connaissant l'hygiène de la première enfance est directrice du centre sous l'autorité du médecin. Elle choisit les familles de cultivateurs ou d'ouvriers, convenablement logés, bien portants, non alcooliques, auxquels sont confiés les enfants après approbation du médecin.

Les centres complets (Mainville, Mandres, Montmorency) ont un dispensaire situé à proximité des habitations des nourrices. Il comprend le logement de la directrice, la salle de consultations, la biberonnerie, dans laquelle est préparé le lait destiné aux enfants.

Les enfants sont amenés chez les nourrices par la directrice, qui les visite chaque jour pendant les premières semaines. Les enfants sont, d'autre part, conduits à la consultation hebdomadaire faite par le médecin-chef du centre. Les nourrices qui habitent près du dispensaire n'hésitent pas à appeler l'infirmière lorsqu'un incident se produit.

Un lazaret-infirmerie de deux à cinq lits peut, dans quelques centres, recevoir des enfants en observation ou en traitement.

Les centres simplifiés : Montfort-l'Amaury, Houdan, Méré et Orgeval (Seine-et-Oise), La Loupe (Eure-et-Loir), n'ont ni médecin-chef, ni consultation de nourrissons-goutte de lait. Les enfants placés chez les nourrices, parfois à plusieurs kilomètres de distance, sont surveillés par une infirmière-visiteuse et par le médecin-inspecteur chargé d'assurer le contrôle prévu par la loi Roussel. Le prix de revient est beaucoup moins élevé que dans les centres complets, mais la surveillance n'est pas la même.

M. Guinon conçoit une organisation dans laquelle on placerait les enfants débiles au milieu de l'agglomération, près du dispensaire, à la portée de la visiteuse, et « plus loin, à la périphérie et dans les villages voisins, les enfants sortis de la période délicate, déjà âgés, ou vigoureux, ou sevrés ».

M. Méry insiste sur le rôle que peuvent jouer les centres dans le contrôle de la loi Roussel. Ils étendent leur action aux enfants des nourrices et à tous ceux du village. La mairie

devrait leur signaler les naissances et l'arrivée des enfants envoyés en placement dans la circonscription.

Les indications des centres d'élevage et des pouponnières ne sont pas les mêmes.

Les centres d'élevage ont l'avantage de se rapprocher de la vie normale de la famille en confiant un seul nourrisson à chaque femme. Dans les régions où les nourrices sont intelligentes et dociles, où les habitations sont saines et groupées autour du domicile de l'infirmière-visiteuse, des résultats excellents ont été obtenus. Les femmes, qui voient diminuer leur responsabilité, acceptent volontiers d'élever des enfants. Les conseils d'hygiène qui leur sont donnés contribuent à transformer leur intérieur. Tous les enfants du village profitent de la consultation. Mais les centres ne donneront pas les mêmes satisfactions dans les régions où les paysans imbus de préjugés habitent des taudis surpeuplés, mal aérés. La surveillance par une infirmière-visiteuse sera profitable, mais les progrès seront lents.

Lorsque le recrutement de nourrices propres est impossible, il semble préférable de grouper les enfants dans de petites pouponnières de cinq à douze lits dirigées par une ou deux éleveuses diplômées, suivant le nombre des enfants. Il suffirait ainsi d'instruire un petit nombre d'éleveuses auxquelles les enfants jeunes seraient successivement confiés.

Les élèves, encore peu nombreuses, des écoles de puériculture redoutent de vivre à la campagne ; les directrices des centres d'élevage sont difficiles à trouver ; elles acceptent plus facilement d'habiter les pouponnières bâties dans les quartiers aérés des villes et dans leur banlieue.

Les enfants qui nécessitent une surveillance médicale journalière seront plutôt groupés dans les pouponnières et les bien portants répartis dans les centres de placement familial.

« Les pouponnières seront en principe destinées aux enfants débiles ou dont l'alimentation, la constitution ou le développement, sans justifier l'hôpital, demandent une surveillance particulière, les enfants sains devant, sauf exception, être plutôt confiés au placement familial surveillé. » (LÉON BERNARD.)

Il faut enfin tenir compte que les pouponnières et centres d'élevage ont été jusqu'ici dirigés par leurs fondateurs, par des médecins convaincus de leur importance. Leur personnel peut être spécialement choisi, la surveillance est incessante. Il est à craindre que les mêmes résultats ne soient plus obtenus lorsque ces œuvres seront nombreuses, et qu'en particulier le recrutement du personnel ne soit difficile.

C. — LES ENFANTS ABANDONNES. LA LOI DU 27 JUIN 1904.
LE PROBLEME DE L'ENFANT ILLEGITIME.

Le problème de l'enfance abandonnée est solutionné différemment suivant les pays. La France accepte le principe de l'abandon avec admission à bureau ouvert. L'Italie reconnaît aux parents le droit d'abandonner leurs enfants, qui sont élevés aux frais de l'Etat. En Angleterre, l'admission n'est faite qu'après enquête ; les mères doivent faire une demande ; les enfants de moins d'un an sont seuls admis ; ils sont placés dans les familles jusqu'à l'âge de six ans et peuvent être ensuite rendus à leur mère. La Belgique et les pays germaniques ne reconnaissent pas l'abandon et laissent aux parents la charge de leurs enfants. Mais, tandis qu'en Belgique la mère est seule tenue de pourvoir à l'entretien de l'enfant, le père et la mère doivent y contribuer dans les pays germaniques. Cette conception est encore plus stricte en Suède et en Norvège, et elle tend à être admise dans les différents Etats qui composent les Etats-Unis d'Amérique : le père doit payer une pension alimentaire, l'Etat n'a plus à secourir que les nécessiteux.

Historique. — Saint Vincent de Paul institua le premier, à Paris, une forme d'assistance aux enfants trouvés. Avant lui, ils étaient « exposés » sur la voie publique, le plus souvent à la porte des hospices et des églises. Chacun cherchait à éviter leur charge et beaucoup mouraient faute de soins. A partir de 1552, les officiers de police furent chargés d'aller ramasser les enfants exposés et de les envoyer dans un établissement spécial, dit « Maison de la Couche ». La plupart des enfants y mouraient d'inanition. Les survivants étaient vendus à des mendiants, à des nourrices syphilitiques qui, suivant une croyance de l'époque, s'imaginaient guérir en les allaitant.

Saint Vincent de Paul, ému du sort de ces malheureux, en prit à sa charge douze, qu'il confia aux soins des Filles de la Charité, et il obtint, en 1640, que les Dames de Charité de l'Hôtel-Dieu pourvoient à l'entretien des enfants trouvés. Deux ans plus tard, Louis XIII accordait à cette œuvre une pension annuelle.

Les enfants, d'abord soignés à Paris, furent ensuite confiés à des nourrices et visités par les Filles de la Charité. Plus tard, leur nombre augmenta et la mortalité devint considérable par suite de leur mauvais état au moment de l'admis-

sion, de l'entassement, de la fréquence des contagions syphilitiques et de la difficulté de surveiller les nourrices.

De 1750 à 1792, la plupart des enfants ne furent plus exposés, mais portés chez les commissaires de police, avec un acte de baptême qui établissait leur état civil. En 1792, il fut décrété que la Nation aurait la charge de l'entretien des enfants abandonnés ; ils furent directement admis à l'hospice sur la production d'un acte de naissance, qui cessa d'être exigé en 1802.

En 1790, la Maison de la Couche, près de Notre-Dame, recevait les enfants qui venaient de naître, 5000 à 6000 en moyenne par an. La plupart étaient nés à Paris, quelques-uns en province. Les deux tiers au moins succombaient dans le premier mois. « Dans les seize dernières années, 101.000 enfants ont été reçus aux Enfants-Trouvés, 15.000 seulement existent aujourd'hui. » (LAROCHOUCAULD-LIANCOURT, 1790.)

Le Tour ne fut institué qu'en 1811 et fermé vers 1860. Il avait donné lieu à de tels abus, qu'il avait fallu en surveiller les abords.

La loi du 27 juin 1904 a organisé, en France, le Service des Enfants-Assistés.

LOI DU 27 JUIN 1904. — Le Service des Enfants-Assistés comprend des enfants qui sont placés sous la protection de l'Assistance publique et des pupilles de l'Assistance. Sont placés *sous la protection de l'Assistance publique* (articles 2 à 5) : *les enfants secourus* (enfants dont les mères touchent un secours préventif d'abandon), *les enfants en dépôt* (enfants dont les parents ou l'un des parents sont à l'hôpital ou en prison), *les enfants en garde* (confiés à l'Assistance publique par les tribunaux).

Sont dits *pupilles de l'Assistance* (art. 6) :

a) *Les enfants trouvés*, enfants exposés dans un lieu quelconque ou portés dans un établissement dépositaire sans que le nom des parents soit révélé ;

b) *Les enfants abandonnés*, nés de père et mère connus, mais qui renoncent à tous leurs droits ;

c) *Les orphelins pauvres* n'ayant aucun ascendant auquel on puisse recourir ;

d) *Les enfants maltraités*, délaissés ou moralement abandonnés, enfants dont les parents ont été déchus de la puissance paternelle.

LE SERVICE DES ENFANTS-ASSISTÉS est administré par le préfet, et, sous l'autorité du préfet, par l'inspecteur départemental de l'Assistance publique dans les départements, par le directeur de l'Assistance publique dans la Seine (art. 29).

Le Service des Pupilles de l'Assistance comporte, dans chaque département, un bureau d'admission, un hospice-dépôt et un service des placements à la campagne.

Le bureau des admissions. — L'admission est faite, depuis 1904, à *bureau ouvert*, c'est-à-dire sans formalités, sans enquête, sans bulletin de naissance, avec la garantie du secret le plus absolu. Le préfet désigne dans chaque département un ou plusieurs établissements, généralement des hospices, où se font les admissions. « La présentation a lieu dans un local ouvert le jour et la nuit et sans autre témoin que la personne préposée au service d'admission » (art. 8). Celle-ci explique avec douceur, — et ce service est très bien fait dans la plupart des départements, — les secours que peut recevoir la mère et les conséquences de l'abandon. Lorsque l'enfant paraît âgé de moins de sept mois, il est admis sans enquête. Trois questions sont posées dans l'intérêt de l'enfant, sur le nom des parents, la date et le lieu de naissance ; il est permis de ne pas répondre. Une affiche, apposée dans la salle d'attente de l'hospice de la rue Denfert-Rochereau, avertit toute personne qui présentera un enfant en vue de l'abandon que des questions vont lui être posées dans l'intérêt de l'enfant, mais qu'il lui est loisible de ne pas répondre ou de ne fournir qu'une partie des renseignements demandés. Lorsque l'enfant est âgé de plus de sept mois, une enquête est faite, rapide et discrète.

L'Hospice-dépôt. — L'enfant abandonné est recueilli à l'hospice-dépôt. Dans la Seine, l'Hospice des Enfants-Assistés reçoit les pupilles de l'Assistance publique dans les nourriceries Parrot et Billard ; en province, les enfants sont gardés dans une salle de l'hospice. Le séjour à l'hospice est aussi court que possible pour tous les enfants dont l'état est satisfaisant ; mais la pénurie des nourrices, pendant la guerre et depuis, a prolongé la durée du séjour des enfants bien portants dans les nourriceries. Les enfants débiles, athrepsiques, suspects d'hérédosyphilis, atteints de pyodermes, étaient hospitalisés, depuis 1893, à l'annexe de Châtillon-sous-Bagneux. L'état des enfants, le nombre insuffisant de nourrices et d'infirmières, l'encombrement, la disposition des salles qui ne permettaient pas l'isolement individuel, tout contribuait à augmenter la mortalité. En cinq ans, de 1915 à 1919, 2233 enfants (1) de moins d'un an y ont été

(1) D'après les rapports annuels du directeur de l'Assistance publique ; en 1918-1919, les enfants assistés sont seuls comptés ; de 1915 à 1917, les enfants assistés ne sont pas séparés des enfants en dépôt.

admis, 1653 sont décédés, soit 74 %. Depuis le mois d'octobre 1919, tous les enfants sont gardés à l'Hospice des Enfants-Assistés.

Les rapports des inspecteurs signalent le chiffre élevé de la mortalité dans la plupart des hospices-dépositaires de province : 51,32 % à la crèche dépositaire de Marseille, 75,67 % à la pouponnière d'Aix ; 70 % à l'hospice-dépositaire du Calvados, en 1920 ; 71 % dans celui de la Nièvre, en 1919. (MÉRY.)

Le service des placements à la campagne. — Les enfants assistés du département de la Seine sont répartis en province dans quarante-trois agences. Les nourrices sont recrutées par les directeurs d'agence ; elles viennent chercher les enfants à Paris. Un ou plusieurs convois arrivent chaque jour du mois à l'hospice, de telle sorte que les enfants qui paraissent bien portants n'y séjournent pas plus de quarante-huit heures.

En 1910, 1461 nourrices avaient été envoyées à l'Hospice des Enfants-Assistés ; 1351 en 1913. Leur nombre a beaucoup diminué depuis quelques années ; il est de 210 en 1918, 275 en 1919, 368 en 1920, 865 en 1921, 722 en 1922. Toutes étaient des nourrices au sein avant la guerre, 152 seulement en 1921, 225 en 1922.

Il n'était placé jusqu'ici qu'un seul enfant dans chaque famille, et les enfants étaient autant que possible laissés chez les nourrices après le sevrage, dans l'espoir d'attacher les familles aux enfants qu'elles avaient élevés. La diminution du nombre des nourrices au sein, l'augmentation excessive de la mortalité, la nécessité d'apprendre aux éleveuses à diriger l'allaitement artificiel, font envisager de grouper les enfants jeunes autour des agences, chez des femmes éduquées, et de ne les répartir à la campagne qu'après le sevrage. Les nourrices reçoivent, depuis 1923, 120 francs par mois pendant la première année, lorsque l'enfant est nourri au sein ; 75 francs lorsqu'il est élevé au biberon ; 60 francs par mois de un à deux ans ; et 45 francs de 2 à 13 ans. Ces taux sont très inférieurs aux salaires réclamés habituellement par les nourrices : de 100 francs à 150 francs dans le Nord et le Centre ; de 200 francs à 300 francs dans le Midi. (MÉRY.)

Ils ne permettent ni de recruter de bonnes nourrices, ni d'exiger d'elles les soins nécessaires.

La surveillance administrative. — La surveillance est exercée par les inspecteurs et sous-inspecteurs de l'Assistance publique. Les visites ont lieu à domicile. (Art. 27.)

« Ce n'est qu'en faisant des visites multipliées que l'ins-

pecteur et ses adjoints peuvent tenir en éveil les nourrices et nourriciers, lutter contre la force d'inertie, appliquer les réformes, en un mot, améliorer le sort des pupilles. Quand on réclame quelque innovation, ni la nourrice ni le nourricier ne comprennent à demi-mot ; il faut maintes fois revenir à la charge. » (Circ. minist., 15 juil. 1904, art. 30.)

La surveillance médicale. — La loi de 1904 n'a pas prévu la surveillance médicale des enfants. Celle-ci est exercée différemment suivant les départements. « L'assistance médicale à domicile des enfants assistés est généralement organisée en appliquant aux pupilles les tarifs départementaux de la loi de 1893 (1). » Le règlement sur le Service des Enfants-Assistés de la Seine (1906) prévoit que « dans chaque agence le Service est réparti en un certain nombre de circonscriptions, à la tête de chacune desquelles est placé un médecin choisi, en principe, parmi les praticiens exerçant dans la circonscription. » (Art. 132.) Le service médical comprend :

1° Les soins en cas de maladie ; 2° des visites périodiques de surveillance ; 3° la vaccination ; 4° le recrutement des nourrices au sein.

Vingt visites obligatoires sont faites aux enfants assistés de la Seine pendant leur première année, une tous les dix jours pendant les quatre premiers mois, puis une mensuelle les huit mois suivants. Elles ont surtout pour but de dépister les cas d'hérédosyphilis ; quatre visites sont obligatoires de un à deux ans, une par an de deux à treize ans.

Les médecins sont, de plus, chargés de la protection du premier âge en ce qui concerne les pupilles de un jour à deux ans placés sous leur surveillance. (Circ. minist., 11 sept. 1878.)

Le domicile de secours. — La loi de 1904 (art. 39) fixait le domicile des enfants secourus dans le département où ils étaient nés, celui des enfants abandonnés dans le département où ils étaient recueillis. D'après la loi de finances du 13 juillet 1911 (art. 99), le lieu de naissance est le domicile de secours de tous les enfants (sauf pour les enfants trouvés). Cette mesure a été prise dans l'intérêt de l'enfant. « Le département où l'enfant est né fera désormais tous ses efforts pour prévenir un abandon dont il saura que les conséquences financières seront en fin de compte supportées par lui seul. » (Circ. min., 11 août 1911.)

Résultats. — Nous avons vu que la mortalité des enfants assistés âgés de moins d'un an a atteint 45 % pour les pupilles du département de la Seine pendant dix ans, de

(1) *Rev. phil.*, tome XXXI, page 496.

1912 à 1921 ; 54 % pour les années 1919 à 1922. *On pourrait dire que l'abandon dans la Seine d'un enfant de moins d'un an équivaut à un infanticide dans une moitié des cas.* Et certains départements fournissent des chiffres encore plus élevés ! M. Strauss concluait, à la suite d'une enquête sur la mortalité des enfants assistés dans les départements : « Une telle situation n'est pas tolérable, même avec la circonstance atténuante du mauvais état physiologique d'un très grand nombre des enfants abandonnés. » (Circ. min., 25 déc. 1922.)

Tous les rapports s'accordent à reconnaître que la mortalité élevée tient au mauvais état des enfants au moment de l'admission, aux conditions sanitaires défectueuses de la plupart des hospices-dépositaires, à la disparition de l'allaitement au sein, remplacé par l'allaitement artificiel que les éleveuses ne savent pas diriger. Dans certains départements, le lait est de mauvaise qualité ou fait parfois défaut. Le transport d'enfants jeunes dans des départements éloignés est la cause de broncho-pneumonie l'hiver et d'affections gastro-intestinales l'été.

Des réformes doivent être faites dans le Service des Enfants-Assistés et des mesures prises pour connaître la cause des abandons et en diminuer le nombre.

Les réformes nécessaires. — Les nourrissons abandonnés sont souvent des débiles, des hérédos-syphilitiques, des enfants atteints de troubles digestifs. En 1921 et 1922, plus de la moitié des enfants de moins d'un an admis à l'Hospice des Enfants-Assistés ont dû y être hospitalisés. Il est donc indispensable de *prévoir dans tous les départements une pouponnière-hôpital* pour soigner ces enfants jusqu'à ce que leur état permette de les envoyer à la campagne. La pouponnière de Strasbourg peut servir de modèle. Tous les enfants assistés y sont admis et gardés en observation. Les malades y sont conservés ; ceux qui tombent malades chez les nourrices y sont hospitalisés. Il faudrait remplacer les grands hospices-dépositaires par plusieurs pouponnières de cinquante à cent lits, comprenant un service d'isolement, de petites salles, des terrasses ou un jardin, et un personnel assez nombreux et expérimenté. Dans les villes où les abandons sont nombreux, des pouponnières pourraient être spécialement affectées aux nourrissons abandonnés. Dans les autres départements, la pouponnière servirait d'hôpital ou d'asile temporaire pour tous les nourrissons qui devraient être mis en observation, suivant l'excellente organisation de l'Institut de Puériculture de Strasbourg.

Le personnel n'est pas assez nombreux dans les hospices-

dépositaires. M. Marfan réclame une infirmière pour deux nourrissons, afin qu'elle ait le temps de les soigner et de les promener. L'Institut de Puériculture de Strasbourg sert d'école d'infirmières, ce qui permet d'augmenter le nombre des femmes qui s'occupent des enfants sans majorer le budget. On peut aussi remédier à la pénurie du personnel, comme à la pouponnière de Cholet, près de Bordeaux, qui groupe un asile maternel et une pouponnière. Chaque femme reçoit, en plus de son enfant, un nourrisson abandonné qu'elle ne nourrit pas, mais qu'elle soigne.

Le rapport de M. Barbizet, inspecteur principal du Service des Enfants-Assistés, signalait, en 1916, que l'augmentation de la mortalité coïncidait *avec la diminution de l'allaitement au sein*. Les mêmes constatations ont été faites dans les hospices de Paris et à la campagne. L'allaitement au sein permet seul de sauver les enfants débiles et ceux qui sont malades au moment de l'abandon. Mais les enfants vigoureux sont eux-mêmes victimes de l'allaitement artificiel, parce que les éleveuses ne savent pas prendre les précautions nécessaires. Différentes mesures ont été adoptées pour remédier à la pénurie des nourrices au sein et procurer aux enfants abandonnés l'allaitement naturel qui peut les sauver.

A Stockholm, tous les enfants abandonnés sont nourris au sein, au moins pendant quelques mois. Les nourrices sont recrutées à la campagne ; elles allaitent leur enfant et un nourrisson ; les deux enfants sont sevrés au bout de quatre ou cinq mois et la nourrice en reçoit encore deux, si bien que chacune a élevé de quatre à cinq enfants ; tous sont sevrés progressivement et placés à la campagne. Ceux des nourrices sont élevés gratuitement jusqu'à quatorze ans. (LESNÉ et RICHET.)

En Hongrie (1), on s'efforce de faire nourrir l'enfant en recueillant la mère qui vient le déposer à l'asile, et souvent elle en allaite un autre en même temps que le sien. Lorsqu'elle n'a pas de domicile, elle est placée dans une famille de paysans, et elle doit faire l'ouvrage que lui donnent ces derniers. Des mesures analogues ont été adoptées dans quelques villes françaises et mériteraient d'être généralisées.

A Tours, la mortalité des enfants a été de 50 % en 1916, aussi bien pour les enfants vigoureux envoyés à la campagne que pour les débiles gardés à la crèche. M. Bosc (2) signalait, en 1919, que la mortalité s'est abaissée à 3 % depuis que

(1) *Rev. phil.*, tome XIX, p. 251.

(2) *Bull. soc. péd.*, 1919, p. 259.

les mères sont admises avec leurs enfants, pour les nourrir. Elles sont hospitalisées et touchent une prime journalière de 1 fr. 50 ; les abandons sont devenus exceptionnels. Les dépenses occasionnées par l'entretien des mères sont compensées par la diminution du nombre des abandons.

À *Marseille*, M. Cassoute admet comme nourrices les mères qui viennent abandonner leur enfant en leur promettant de leur donner leur propre enfant à nourrir. De 1913 à 1922, 712 femmes ont été reçues avec leurs bébés ; 51 de ces enfants sont décédés, soit 7,16 %, tandis que la mortalité de la crèche départementale a atteint 57 % en 1920, 49 % en 1921 (la crèche reçoit environ 800 nourrissons par an).

La *nourricerie départementale du Rhône* (nourricerie du Vinatier), reçoit les mères avec leur enfant, à condition qu'elles le reconnaissent et le nourrissent au sein. Des enfants assistés leur sont confiés, depuis 1920, lorsqu'elles ont assez de lait. Les deux enfants sont nourris au sein généralement jusqu'à six mois et sevrés progressivement. La mortalité des enfants des nourrices a été de 3,62 %, et celle des enfants qui leur sont confiés de 13,20 %. (COMMANDEUR.)

Les mères admises à l'*asile annexe de Châtillon* ont reçu, depuis le 1^{er} juillet 1923, un enfant assisté du premier âge, qu'elles nourrissent au sein en même temps que leur enfant, moyennant une indemnité supplémentaire de 2 francs par jour.

Une pouponnière devrait être annexée à tous les asiles maternels, de façon à faire bénéficier des enfants abandonnés de l'allaitement mixte. Cette mesure permettrait d'en sauver un grand nombre. Mais il faut que l'allaitement soit prolongé assez longtemps, six mois au moins, et que des précautions soient prises pour éviter la contamination de la nourrice par l'enfant ou réciproquement (réaction de Bordet-Wassermann, visite médicale journalière).

Quant à la surveillance des enfants placés à la campagne, elle doit être réalisée comme pour tous les enfants placés en nourrice, mais être encore plus stricte, puisque la surveillance exercée habituellement par les parents fait défaut.

Le salaire des nourrices a été augmenté progressivement depuis quelques années ; il est nécessaire d'en élever encore le taux, afin de permettre un meilleur recrutement.

De tout temps on s'est préoccupé de l'utilité qu'il y aurait à employer des femmes dans le Service des Enfants-Assistés. On avait même créé des postes de sous-inspectrices. Les difficultés rencontrées pour effectuer les tournées d'inspection dans les campagnes avaient fait renoncer à la faculté de

nommer des femmes. La loi de 1904 a supprimé ces postes. Mais elle prévoit que « le Conseil général peut, dans les cas où il le juge utile, créer un ou plusieurs emplois de visiteuses d'enfants. » Un décret, signé en 1923, autorise les femmes à concourir aux postes de sous-inspecteurs-adjoints.

LA PROPHYLAXIE DES ABANDONS. — Toutes les mesures qui seront prises en faveur des enfants abandonnés, l'organisation de la surveillance, occasionneront des dépenses élevées ; elles ne seront jamais que des mesures palliatives qui devraient être réservées aux cas exceptionnels où le vice, la brutalité des parents obligent à soustraire l'enfant à leur influence. Il faut, avant tout, diminuer le nombre des abandons.

Les deux principales réformes de la loi de 1904 sont l'admission à bureau ouvert et l'adoption de taux minima pour les secours préventifs d'abandon. L'admission à bureau ouvert a pour but d'assurer le secret aux mères et de réduire au minimum les formalités, afin d'éviter les avortements et les infanticides. Ce mode d'admission a l'avantage, sur le tour, de rendre impossible l'abandon par des professionnelles et celui des enfants mourants ; il permet de promettre des secours à la mère et d'essayer de la faire revenir sur sa décision. Mais la facilité de l'abandon incite à l'oubli de leurs devoirs, dans un moment de détresse, des mères qui auraient essayé d'élever leur enfant et s'y seraient attachées.

En Belgique, l'abandon est impossible. La mère doit élever son enfant ; on compte un infanticide sur 613.000 habitants. En France, où l'abandon est facile, le nombre des infanticides est de un pour 316.000 habitants. (DUGUIT.) L'admission à bureau ouvert n'évite pas davantage l'abandon chez la nourrice, préjudiciable à l'enfant. Le Service des Enfants-Assistés de la Seine a reçu, en 1921, les réclamations de 760 nourrices qui se sont terminées, dans 196 cas, par des propositions d'immatriculation au nombre des pupilles de l'Assistance.

Il faut distinguer, parmi les mères, celles qui veulent se débarrasser de l'enfant à tout prix : elles sont heureusement rares. Dans l'intérêt des enfants, il ne faut pas les contraindre à les garder ; elles ne les soigneraient pas. C'est pour ces enfants seulement que le Service des Enfants-Assistés devrait exister. D'autres femmes, faibles et timorées, préfèrent éviter toute peine et toute responsabilité ; leur entourage ne leur laisse entrevoir que l'abandon, et la facilité même de cet abandon est une tentation. Si l'abandon était impossible, elles élèveraient leur enfant.

Il existe enfin des femmes courageuses qui veulent garder

l'enfant et essayent de lutter, mais qui sont conduites à l'abandon par la misère.

18.653 abandons d'enfants de moins d'un an ont été faits dans la Seine, de 1913 à 1922, 11.558 pendant les quinze premiers jours, 7095 du quinzième jour au douzième mois.

Les abandons du premier au dixième ou au quinzième jour ont lieu dès que la mère a quitté l'hôpital, sollicitée en quelque sorte par la simplicité de l'abandon. Mais on peut supposer, pour la plupart des abandons enregistrés du quinzième au trois cent soixante-cinquième jour, que les mères ont essayé de lutter et ne s'y sont résignées que poussées par les difficultés de la vie et la misère ; elles apportent à l'hospice un enfant qui a souffert, malade et athrepsique.

Les secours préventifs d'abandon ont été créés pour aider les femmes nécessiteuses à élever leur enfant ; nous avons vu qu'ils sont insuffisants. On a voulu hospitaliser les mères dans des asiles maternels ; beaucoup refusent d'en profiter.

Service social. — Il faudrait au moins annexer un service social au bureau d'admission des hospices-dépositaires. Les mères qui consentiraient à garder leur enfant seraient dirigées vers les bureaux de l'Assistante sociale, qui s'occuperait de les faire soigner lorsqu'elles sont malades, de faire les démarches pour leur obtenir des secours, de leur trouver du travail, de placer l'enfant dans une crèche, de les adresser à des œuvres. Les mères reviendraient demander conseil à l'assistante lorsque de nouvelles difficultés surgiraient (maladie, chômage).

L'assistance aux enfants abandonnés a évolué dans les différents pays à mesure que se développait le sentiment du devoir social, et l'on tend de plus en plus à considérer avant tout l'intérêt de l'enfant.

Dans une première période, le sort de l'enfant abandonné n'est pas prévu, il est recueilli par les hospices, par des personnes charitables, ou, dans un but de lucre, par des mendiants qui en font le trafic. L'opinion publique, apitoyée par leur sort, crut les mettre à l'abri des mauvais traitements en les recueillant dans des hospices, comme on le fait pour les infirmes, les aliénés, les vieillards. Nous avons vu le taux élevé de la mortalité dans les hospices-dépositaires, en France. L'hospice-dépositaire de Londres (1), créé en 1739, fonctionna pendant quatre ans ; il admit 14.934 enfants, dont 10.384 décédèrent. La mortalité a atteint 79,78% à l'Hospice des Enfants-Assistés de Turin en 1917 (2).

(1) *Seeking and Saving*, nov. 1922.

(2) MENSJ, *Le Nourr.*, mai 1921.

Le placement à la campagne dans les familles fut ensuite préconisé pour éviter les dangers des agglomérations de nourrissons et la contagion. Ce mode de placement semble présenter l'avantage de créer à l'enfant une nouvelle famille ; mais on a peut-être trop compté sur le désintéressement et le dévouement de la nourrice ; la surveillance est difficile. La mortalité a été considérable ; elle a encore augmenté depuis quelques années, par suite de la disparition de l'allaitement au sein. L'insuffisance des rétributions, la difficulté de recruter des éleveuses, empêchent les inspecteurs de l'Assistance publique d'être aussi exigeants qu'ils le voudraient.

On comprit, vers 1860, la nécessité de diminuer le nombre des abandons, et des secours furent donnés aux mères pour les aider à élever leur enfant. Les secours sont accordés plus facilement qu'autrefois, ils sont plus élevés, mais, comme nous l'avons vu, ils restent inefficaces ; il ne suffit pas de vouloir aider la mère, il faudrait que cette aide lui permette d'élever son enfant. Les secours peuvent suffire lorsque les mères ont un emploi régulier, pas trop fatigant, dans une usine qui possède une chambre d'allaitement ; cet ensemble de circonstances est exceptionnellement réalisé. La mère doit, le plus souvent, placer l'enfant en nourrice pour travailler. Elle touche un secours mensuel de 35 à 45 francs ; la nourrice lui demande de 100 à 250 francs. En cas de chômage ou de maladie prolongée, l'abandon de l'enfant est presque la seule solution possible.

L'Etat, qui dépense des sommes importantes pour l'entretien des enfants abandonnés et n'obtient que des résultats déplorable, aurait, semble-t-il, intérêt à verser aux mères, pendant les premières années, les sommes que lui coûtent les enfants jusqu'à l'âge de treize ans. L'augmentation des crédits consacrés aux secours serait compensée par la diminution de ceux à affecter au Service des Enfants-Assistés. Mais à quelles mères faudrait-il distribuer ces secours ? Ils ne pourraient être réservés aux femmes qui viennent abandonner leur enfant ; ce serait encourager les mères à simuler l'abandon ; ils ne pourraient être étendus à tous les enfants illégitimes dont les mères sont nécessiteuses et refusés aux mères indigentes des enfants légitimes. Nous avons vu que, dans certains cas, l'attribution des secours semble favoriser les naissances illégitimes.

« Il faut convenir que, de tous les secours à donner à l'humanité souffrante, ceux à donner aux enfants assistés sont les plus difficiles. » (LA ROCHEFOUCAULD-LIANCOURT, 1790.)

On a proposé de recevoir les mères dans les maisons

maternelles ; beaucoup craignent de perdre leur emploi ou ne veulent pas aliéner leur liberté pour y séjourner.

Lagneau rappelait en 1890, à l'Académie de Médecine, que « les législations de l'Angleterre, de la plupart des Etats allemands, de plusieurs cantons de la Suisse, du Portugal et des Etats d'Amérique obligent le père d'un enfant naturel à fournir pendant dix, treize ans, ou plus, une pension variable suivant les pays ». Ces législations ont été encore modifiées depuis une dizaine d'années. « La mère doit être aidée à supporter sa responsabilité, non à y échapper, et il faut amener le père à partager cette responsabilité. » (EMELYNE PECK.)

1° *En Norvège*, la loi (loi Castberg, 1915) oblige la mère à dénoncer le père de l'enfant, et celui-ci doit verser une somme suffisante pour que l'enfant reçoive une instruction proportionnée à sa situation.

M. A. Johannessen résume, dans son rapport au Congrès de Bruxelles, la législation établie en Norvège pour protéger les enfants nés hors mariage.

« Dans notre pays, comme dans tous les pays germaniques, une opinion profondément enracinée est que ce sont tout d'abord les pères et mères qui doivent pourvoir à l'entretien de leurs enfants, et que la société doit intervenir seulement lorsque l'entretien par les pères et mères vient à faire défaut.

« Les premières dispositions furent prises par la loi de 1821. A mesure que s'accrurent les exigences réclamant l'augmentation de la responsabilité du père, la législation s'y rapportant devint aussi de plus en plus sévère, jusqu'au moment où fut posée la clef de voûte de l'édifice, lorsque tout un ensemble de lois fut sanctionné, le 10 avril 1915.

« La loi principale est celle relative aux enfants dont les pères et mères n'ont pas contracté mariage l'un avec l'autre. Les marques caractéristiques les plus importantes sont la manière dont est fortement souligné le fait que l'enfant est, au point de vue du droit, une personne indépendante, en opposition à la tendance du droit ancien de faire dépendre de la mère le droit de l'enfant ; l'établissement du principe que l'enfant est lié par des rapports juridiques de famille au père et à la mère, et pas seulement (comme d'après l'ancienne législation) à la mère ; une extension des devoirs économiques du père à l'égard de la mère et de l'enfant, l'aggravation des règles relatives au recouvrement des contributions.

« La loi antérieure du 6 juillet 1892 laissait la mère décider si elle voulait ou non dénoncer celui qui était le père de l'enfant et demander ou non qu'une « résolution » fût émise contre lui... *La nouvelle loi enlève à la mère cette liberté d'action. Elle lui impose le devoir, dont l'omission peut entraîner une peine, de dénoncer celui qui l'a rendue enceinte.* Le Préfet doit généralement prononcer un « arrêt » contre celui qui a été dénoncé par la mère, que celle-ci le désire ou non. La loi vise en outre à établir s'il est le véritable père de l'enfant. Si

P'on n'y réussit pas, il peut être prononcé un arrêt le déclarant tenu à contribution, notamment s'il est prouvé qu'il a eu des rapports avec la mère à une époque telle qu'il peut être le père de l'enfant... On était, en effet, d'avis que si l'on conservait l'ancienne organisation et si on laissait entièrement à la mère le soin de décider si elle désirait ou non que des mesures fussent prises à l'égard du père, les intérêts de l'enfant ne seraient pas suffisamment sauvegardés. » (*Rap. au Cong. int. Brux.*, 1921, t. II, pp. 219-225.)

La contribution d'entretien est versée jusqu'à seize ans révolus et peut être imposée plus longtemps. Le père doit verser de plus une contribution à la mère pendant les trois mois qui précèdent la naissance et payer les frais occasionnés par l'accouchement. Il doit aussi une contribution spéciale d'allaitement pendant les neuf premiers mois qui suivent la naissance, si la mère garde son enfant auprès d'elle. *La loi actuelle ne laisse pas aux mères le soin de recouvrer les contributions, mais elle en prescrit le recouvrement d'office.*

« Ce régime est en vigueur depuis 1916. Pendant une période de près de six ans, il a mis à l'épreuve toutes les objections faites au principe de responsabilité égale pour l'homme et pour la femme. Et nous avons trouvé que ce principe, reflétant un idéal auquel aspirent les âmes pénétrées du sentiment de la justice, est bon en lui-même et peut être appliqué à la société actuelle... Pendant les travaux d'élaboration de la loi, des craintes furent exprimées que les nouvelles dispositions de procédure relatives à l'établissement de la paternité n'amenassent un déluge de procès scandaleux ; ces craintes ont été trouvées sans fondement.

« Malgré la disposition de la loi disant que la paternité de tout enfant naturel sera recherchée d'office, il s'est trouvé que la question, dans la grande majorité des cas, a été tranchée sans l'intervention des tribunaux. La plupart de ceux qui sont déclarés pères reconnaissent la paternité soit expressément, soit tacitement (c'est-à-dire qu'ils n'intentent pas de procès), et c'est ainsi que le nombre des procès ne correspond qu'à un huitième des naissances illégitimes. » (*WIESENER, Cong. int. Brux.*, 1921, t. III, p. 254.)

2° *Suède*. — Loi du 14 juin 1917 (1) concernant les enfants naturels : « Les parents doivent entretenir et élever l'enfant dans la proportion de leurs moyens. Ce droit d'entretien cesse au plus tôt lorsque l'enfant a atteint l'âge de 15 ans. » (Art. 3). (La loi du 11 juin 1920 a porté la limite d'âge à 16 ans.)

« Chacun des parents doit intervenir d'après ses moyens dans les frais d'entretien de l'enfant. Celui des parents qui n'a pas la garde de l'enfant devra payer une pension d'entretien. » (Article 4.)

(1) *Bull. intern. Prot. Enf.*, supp^t n° 26.

« Pour chaque enfant né hors mariage, il sera désigné, conformément aux dispositions ci-dessous, un gardien de l'enfant qui devra aider la mère, par ses conseils, de façon à sauvegarder les droits et les intérêts de l'enfant. » (Art. 13.)

La loi suédoise a été exposée par M. Tiseliu au Congrès international de la Protection de l'Enfance de Bruxelles (1921). Elle est en vigueur depuis le commencement de 1918.

« Cette loi prescrit des mesures ayant pour but d'établir la filiation paternelle ; celle-ci s'établit soit par une reconnaissance volontaire, soit par une action intentée devant les tribunaux... Tout enfant naturel a une créance alimentaire sur son père et sa mère, suivant leur position de fortune. C'est ainsi que dans le cas où, soit le père, soit la mère, possèdent les ressources nécessaires à cet effet, l'enfant peut, s'il est bien doué, obtenir le droit de faire des études universitaires aux frais dudit ascendant. La mère possède, préférablement au père, le droit de tutelle sur l'enfant né hors du mariage ; mais l'expérience ayant démontré qu'elle n'est pas très capable de sauvegarder les intérêts de l'enfant, la loi suédoise a créé, pour la protection de celui-ci, une institution spéciale. Pour tout enfant illégitime, la Commission communale de l'Enfance désigne un *banavardsman*, c'est-à-dire une personne chargée d'aider la mère à veiller aux intérêts de l'enfant, et que, faute d'un terme parfaitement adéquat, nous nommerons ici « tuteur-adjoint ». Nous n'avons pas voulu que la mère soit exclue, par la nomination d'un tuteur, d'une partie de la puissance paternelle ; nous n'avons voulu donner à la mère qu'un aide pour la contrôler.

« La fille enceinte peut demander la désignation, avant la naissance de l'enfant, d'un tuteur-adjoint, avec l'assistance duquel elle organisera l'avenir de son enfant et exigera du père le versement de la pension alimentaire à laquelle elle a droit pendant la dernière période de la grossesse et durant un certain temps, après l'accouchement, à cause de l'allaitement. Dans le cas où elle n'a pas fait cette demande, le tuteur-adjoint est nommé d'office, dès la naissance de l'enfant, par la Commission de l'Enfance, informée de la naissance par l'autorité qui en fait l'inscription sur le registre de l'état civil. » (*Cong. Brux.*, 1921, t. III, p. 250.)

Dans les grandes villes, il a fallu nommer des tuteurs adjoints professionnels rétribués. Il en existe trente-deux à Stockholm, vingt-sept femmes et cinq hommes ; ils sont placés sous la surveillance de la Commission de l'Enfance.

3° *Danemark*. — C'est à la mère qu'incombe le devoir de l'entretien de l'enfant, tandis que le père contribue à sa subsistance par le paiement d'une pension alimentaire. (Lois n^{os} 130 et 133 du 27 mai 1908, n^o 113 du 29 avril 1913.)

4° *Etats-Unis*. — Le sort des enfants illégitimes est diversement compris dans les différents Etats. Les Etats du nord ont été les plus sensibles à l'influence scandinave. L'Etat de

Minesota créa, en 1917, un bureau de Protection de l'Enfance, auquel sont notifiées les naissances des enfants illégitimes par les médecins et les hôpitaux. Le père doit payer à ce bureau une rente mensuelle qui est remise à la mère pour élever l'enfant. En Californie, le père et la mère doivent contribuer à élever l'enfant. S'ils ne le font pas, ils sont considérés comme des criminels : « *Failure to do so is a crime* (1). » Les Etats de Massachussets, Missouri, Ohio, West-Virginia, Wisconsin, Dakota du Nord, ont également voté des lois en faveur des enfants illégitimes. Le Bureau Fédéral de l'Enfance (*Children's Bureau U. S.*) a convoqué en 1920 une conférence pour discuter ces questions ; elle a adopté les vœux suivants :

1° L'Etat doit assurer la protection et la sauvegarde de tous les enfants illégitimes ;

2° Toutes les naissances d'enfants illégitimes doivent être signalées au Service de Protection de l'Enfance, qui s'efforcera de retrouver le père ;

3° Si la mère ne recherche pas la paternité, l'Etat assumera cette responsabilité.

5° *Suisse*. — Sous la législation précédente, qui protégeait très insuffisamment les enfants illégitimes, les filles-mères « se laissaient entraîner à conclure des accommodements très préjudiciables à l'enfant ; la nouvelle législation réserve au curateur de celui-ci l'action en recherche de la paternité pour l'enfant et tout autre règlement concernant la pension alimentaire ». (SILBERNAGEL.)

6° *Alsace-Lorraine*. — A Strasbourg, les naissances des enfants illégitimes sont signalées à l'Office municipal de la Jeunesse, qui envoie une infirmière visiter la mère et demander le nom du père de l'enfant. Une démarche est faite auprès de celui-ci, afin qu'il paie une pension alimentaire ; lorsqu'il refuse, l'Office prévient et fait intervenir son capitaine s'il est soldat, son patron s'il est ouvrier. Une action est intentée devant les tribunaux lorsque cette intervention reste inefficace.

Sous le régime allemand, l'abandon légal n'existait pas en Alsace-Lorraine. La majorité des mères acceptaient la charge de leur enfant et le père versait une pension mensuelle. Quelques mères cessaient chaque année de payer les mois de nourrice. Ces enfants étaient recueillis à l'Institut de Puériculture et assimilés à des orphelins.

L'Alsace-Lorraine a demandé à conserver sa législation

(1) *The Survey*, 1923, n° 4.

sur la recherche de la paternité (loi réglant les conflits entre la loi française et la loi locale d'Alsace-Lorraine en matière de droit privé : *J. O.* du 26 juillet 1921, n° 199).

Mais les parents savent qu'ils peuvent se décharger du soin de leur enfant. Les mères refusent de réclamer une pension au père et recourent à l'abandon. Nous n'avons pas les chiffres exacts, mais on nous a dit que le nombre des abandons augmente progressivement.

D. — L'ASSISTANCE EN CAS DE MALADIE

Il ne nous est pas possible d'étudier ce que doit être l'assistance au nourrisson malade. Nous nous bornerons à signaler ses principaux défauts et les moyens d'y remédier. D'une façon générale, le nombre de places réservées aux nourrissons est insuffisant dans les services ; leur convalescence n'est pas prévue, les locaux qui leur sont attribués ne tiennent pas compte des indications spéciales en rapport avec la fragilité de leur organisme.

L'hospitalisation est nécessaire lorsque le nourrisson ou sa mère sont malades. L'enfant est admis seul ou avec sa mère suivant qu'il est nourri au biberon ou au sein.

1. — Hospitalisation du nourrisson malade ou convalescent

Les salles réservées aux nourrissons malades doivent être divisées en boxes individuels, posséder un système de ventilation qui permette le renouvellement permanent de l'air et conserve aux salles une température et un état hygrométrique constants. L'air doit être rafraîchi en été, réchauffé en hiver. Un système d'aération basé sur ces principes a été établi à l'annexe Grancher (Hôpital Saint-Louis) à la demande et sur les indications de notre maître, M. Jules Renault.

La crèche contient dix boxes groupés au centre de la pièce, à droite et à gauche d'une arête centrale. Les boxes ont une longueur de 1^m90, une largeur de 1^m30. La cloison vitrée qui les limite est haute de 1^m90. Les portes ont été supprimées ; elles n'opposent pas de barrière à la contagion et servent seulement à rappeler les précautions à prendre en pénétrant dans le box.

A l'entrée du box sont suspendues deux blouses, l'une pour le médecin, l'autre pour l'infirmière. Le box est occupé par le lit à parois mobiles, la table de nuit et une chaise, le tout en métal peint, facile à lessiver. Chaque enfant a une

serviette à ausculter individuelle, un abaisse-langue, un thermomètre et une canule pour les lavages de gorge.

Un lavabo mobile permet la désinfection des mains en quittant le box. Des baignoires montées sur pieds sont apportées dans les boxes à l'heure des bains.

Les fenêtres de la crèche sont hermétiquement closes ; la porte d'entrée est munie d'un tambour. L'air est prélevé dans la cour au-dessus du sol et filtré ; il passe dans les sous-sols, où il est réchauffé en hiver, refroidi en été et chargé de vapeur d'eau ; il est amené dans la salle de façon continue par des bouches d'air ménagées près du plancher et évacué par des clapets mobiles à la partie supérieure de la pièce. En aucun point de la salle on n'a l'impression de courant d'air. La sensation est agréable, bien que la température soit maintenue constamment à 20°. L'odeur qui existe au moment où les enfants sont changés, a disparu après une dizaine de minutes. Un thermomètre enregistreur marque la température. Un système de manettes permet aux infirmières de la régler sans quitter la crèche lorsqu'elle tend à s'élever ou à s'abaisser.

Un hôpital de nourrissons devrait être compartimenté en petites salles de dix à douze lits, auxquelles seraient affectées deux infirmières. Il comprendrait, autant que possible :

1° Une salle pour les enfants atteints de troubles gastro-intestinaux chroniques et de troubles de la nutrition ;

2° Une salle où seraient traitées les maladies aiguës fébriles ;

3° Un service de contagieux.

Le nombre des *lits destinés à recevoir les mères nourrices* avec leur enfant malade est actuellement insuffisant dans les hôpitaux d'enfants de Paris. Le projet des transformations qui doivent être effectuées à l'Annexe Grancher (Hôpital Saint-Louis) prévoit la création de dix chambres pour mères nourrices.

Ces chambres sont indispensables pour admettre l'enfant nourri au sein dont l'état est assez grave pour nécessiter une hospitalisation. Elles reçoivent temporairement les mères dont la sécrétion lactée paraît insuffisante. L'hospitalisation permet de peser toutes les tétées et de les compléter pendant quelques jours jusqu'à ce que la mère, reposée, soumise à une alimentation rationnelle, puisse recommencer à nourrir.

LES NOURRISSONS CONVALESCENTS. — Un long séjour dans les crèches hospitalières entraîne un état particulier de cachexie : l'enfant pâlit, perd son appétit, le poids reste stationnaire ou diminue.

Cependant, le séjour se prolonge pour les enfants habituellement gardés dans une crèche de ville, où ils sont refusés tant qu'ils ne sont pas complètement rétablis. Une maladie de la mère, le chômage, augmentent la durée de l'hospitalisation contre le gré du médecin.

A chaque salle de nourrissons devrait être annexé un jardin ou une terrasse, d'accès facile, où les convalescents seraient sortis et promenés chaque jour pendant plusieurs heures. C'est à ces sorties journalières qu'il faut attribuer en partie les bons résultats obtenus dans les pouponnières.

Le service de convalescence est bien organisé pour les enfants âgés de plus de quatre ans. Les maisons de convalescence de l'Assistance publique, les préventoriuns privés et ceux de l'Office d'Hygiène sociale du département de la Seine, les nombreuses colonies de vacances, permettent d'envoyer à la campagne les enfants convalescents, anémiés, surmenés, pré-tuberculeux. On peut dire que rien, ou presque rien jusqu'ici, n'a été fait pour les nourrissons.

La pouponnière de Médan, créée en 1917, reçoit une quarantaine d'enfants de moins de deux ans, atteints d'affection chronique du tube digestif.

La pouponnière du Nouzay (Montgeron) admet des enfants chétifs de un à trois ans qui sont recrutés par la clinique Beudelocque. Les enfants rachitiques sont admis au sanatorium de San-Salvador, à partir de dix-huit mois, et à Berk l'été, à partir de deux ans (les inscriptions sont faites dans les consultations des hôpitaux d'enfants).

La Fondation Parquet (île de la Jatte) a mis cinquante lits à la disposition de l'Assistance publique de Paris, depuis le 1^{er} janvier 1924 ; elle reçoit des enfants de un mois à trois ans, convalescents, recrutés dans les crèches et les consultations des hôpitaux de Paris. La durée du séjour, fixée à deux mois, peut être prolongée.

Les nourrissons sains exposés dans leur famille à la contagion tuberculeuse sont reçus dans les services suivants :

1° A la crèche de l'hôpital Laënnec, dans le service du professeur Léon Bernard ;

2° A l'Hôpital des Tout-Petits, organisé par l'Association des Dames Françaises, à Auteuil, 93, rue Michel-Ange (par l'intermédiaire des dispensaires de l'Office public d'Hygiène sociale) ;

3° Au centre d'élevage de Salbris (Loir-et-Cher), qui dépend de l'Œuvre du placement familial des Tout-Petits (104, rue de l'Université), fondée en 1920 sur les conseils de M. Léon Bernard.

4° Au centre d'élevage de Mainville-Draveil (Seine-et-Oise), organisé par M^{me} Dubost : il surveille les enfants envoyés par l'Office d'Hygiène du département de la Seine ;

5° Les deux centres de Saint-Pierre-le-Moutier et d'Orthez relèvent de l'Office d'Hygiène sociale de la Seine ;

6° Le centre de Couture (Loir-et-Cher) dépend de l'Œuvre Grancher.

L'Association des Amis des Hôpitaux d'enfants, créée en octobre 1922, se propose de « réduire le plus possible l'hospitalisation des nourrissons en leur assurant la surveillance à domicile d'infirmières compétentes » (RIBADEAU-DUMAS), et en fournissant à la mère du travail à domicile. Elle voudrait placer à la campagne dans de bonnes conditions les nourrissons qui sortent de l'hôpital convalescents ou qui sont atteints de débilité acquise. Il sera créé pour eux des centres analogues à celui de Mandres.

2. — *Hospitalisation du nourrisson dont la mère est malade*

Les mères nourrices justiciables d'un traitement dans un hôpital peuvent être reçues avec leur enfant dans plusieurs services de médecine et de chirurgie des hôpitaux d'adultes, où une salle leur est réservée.

Ces services reçoivent, le plus souvent dans la même salle, non divisée en boxes, les mères malades et les enfants sains ; elles admettent aussi, avec leur mère, des enfants malades qui n'ont pu être hospitalisés faute de place dans les hôpitaux d'enfants. Des angines, des affections broncho-pulmonaires, des gripes sont soignées dans les salles de médecine ; des abcès du sein, des infections puerpérales, sont traitées dans les services de chirurgie ; l'atmosphère de ces salles est dangereuse pour les nourrissons. Ces services ne disposent pas toujours du personnel nécessaire pour peser et baigner les enfants chaque jour ; ils n'ont ni biberonnerie, ni glacière pour conserver le lait, bien que la maladie de la mère oblige souvent à compléter les tétées ou à sevrer l'enfant.

Les services de médecine et de chirurgie pour les mères nourrices, les services d'isolement des maternités devraient comprendre au minimum :

1° Une salle ou des chambres pour les mères malades ;

2° Une salle indépendante pour les nourrissons sains, assez vaste, divisée en boxes comme les salles des crèches et des pouponnières modernes. Les enfants ne seraient portés à la mère qu'à l'heure de la tétée ;

3° Un lazaret où seraient isolés et soignés les nourrissons suspects ou malades ;

4° Des terrasses pour sortir les enfants ;

5° Une biberonnerie.

Le nourrisson élevé au biberon dont la mère est hospitalisée (accouchement, maladie, intervention chirurgicale) est recueilli en dépôt à l'Hospice des Enfants-Assistés.

La morbidité et la mortalité sont très fortes dans ces services, et les mères appréhendent d'y envoyer leurs enfants.

Il faudrait les recueillir dans de petites pouponnières ou prévoir dans les différentes crèches de ville une salle où les enfants seraient gardés temporairement la nuit.

CHAPITRE II

LA LUTTE CONTRE L'IGNORANCE

« La femme accouchée, devenue nourrice, ou qui, par manque de lait, a recours à l'allaitement mixte ou artificiel, n'a pas la science infuse. Il y a des notions essentielles qu'elle doit posséder pour les mettre en pratique ; pour les posséder, il faut les apprendre... C'est par l'instruction des mères qu'on arrive à sauver quantité de petits êtres. » (LANNELONGUE [1].)

L'ignorance des mères n'est pas redoutable seulement parmi les femmes pauvres, pour lesquelles sont créées les œuvres d'assistance que nous avons signalées ; dans toutes les classes de la société, des mères ignorent comment elles doivent élever leur enfant, ou le confient à des domestiques inexpérimentées. Il faudrait leur démontrer que les décès des nourrissons sont dus, dans la majorité des cas, à des maladies évitables dont leur ignorance est responsable.

L'Etat, qui a rendu obligatoire l'instruction de tous les enfants, doit également veiller à ce que des soins convenables leur assurent un développement normal. La proposition de loi de MM. Strauss et Dron répond à ce vœu et prévoit l'établissement d'un carnet d'élevage qui entraînera des examens médicaux trimestriels. La création de consultations de nourrissons permettra l'instruction des mères.

« Le but à atteindre pour diminuer la mortalité infantile est avant tout d'apprendre aux femmes leur rôle d'éleveuses d'enfants. » (MAYGRIER.) L'instruction doit être donnée aux consultations de nourrissons ; elle est complétée à domicile par les conseils des infirmières-visiteuses ; elle doit s'adresser non seulement aux mères, mais aux grandes sœurs. à toutes les femmes, au moyen de cours théoriques et pratiques, de conférences, de distribution de brochures.

(1) *Ligue contre la Mortalité infantile*, 1911.

A. — LES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS

Elles réalisent actuellement le moyen le plus efficace de lutter contre l'ignorance des mères et contre la mortalité infantile. Véritables « écoles des mères », leur généralisation est aussi importante que celle des écoles primaires.

La première consultation de nourrissons fut fondée par Budin dans son service de l'hôpital de la Charité, en 1892, dans le but « de surveiller, de diriger et d'aider les mères désireuses de bien faire, mais ignorantes et pauvres ».

D'autres consultations furent créées dans les hôpitaux, à la Maternité (1895), à la clinique Tarnier et à Tenon (1898) au dispensaire de Belleville (1893). Il en existait 29 dans le Pas-de-Calais en 1903, et 25 à Paris, 13 dépendant de l'Assistance publique, 12 de la bienfaisance privée. M. Dufour organisa, en 1893, la première Goutte de lait à Fécamp. A l'étranger, des consultations furent fondées à Bruxelles (1897), à Liège (1902), à Florence, puis à Naples (1900), à Rome (1905), à Genève (1901), à Lausanne (1902), à Budapest (1902), à Madrid (1904), en Allemagne (1905), en Angleterre (1) (1906).

Depuis, les consultations se sont multipliées en France et à l'étranger. Les différents congrès ont, depuis vingt ans, émis des vœux pour qu'elles soient encouragées par tous les moyens possibles. M. Ausset signalait en 1921, au Congrès de Bruxelles, que le Comité d'assistance aux régions libérées avait fondé 520 consultations ; 180 communes de l'Yonne en possédaient en 1912 (MAROIS) ; il en existait 224 dans la Seine-et-Oise en 1922, et 72 dans l'Aisne en 1921. (Exp. de Strasbourg, 1923.)

L'Œuvre nationale de l'Enfance se propose d'en créer dans toutes les communes belges. L'Angleterre et les Etats-Unis font une propagande active pour leur généralisation. En France, M. Dron présentait au Sénat, le 27 juillet 1920, un projet de loi tendant à les reconnaître et à les encourager. La proposition de loi Strauss et Dron les autorise à assurer la surveillance des enfants « protégés » et « secourus ».

Résultats. — Les consultations, toutes les fois qu'elles ont été bien organisées, ont eu comme conséquence une diminution de la mortalité infantile dans les communes où elles étaient créées et une progression de l'allaitement au sein

(1) Lane Claypon. Il existait depuis 1899 des distributions de lait (*Milk depot*), mais sans examen médical.

(Alexandre, Ausset, Budin, Dufour, Hosteing, Jarriçot, Marois, Maygrier, Mocquot, Variot, Vidal). Les résultats seraient encore meilleurs si elles étaient organisées méthodiquement.

Nous avons vu les résultats obtenus à Fécamp depuis la création de la Goutte de lait. A Arques, la mortalité infantile est de 19,1 % de 1877 à 1902. La consultation est fondée en 1902 ; la mortalité tombe à 12,6 % de 1903 à 1907. Dans les communes voisines, elle oscille de 13,6 à 23 %. (ALEXANDRE.)

M. Hosteing reproduit deux graphiques dus à l'inspecteur départemental de l'Assistance publique dans le Pas-de-Calais, M. Viret. La mortalité a baissé, de 1898 à 1904, dans onze villes possédant une consultation ; elle est plus forte en 1904 dans onze villes qui en sont dépourvues. Les résultats sont les mêmes dans l'Yonne. « En neuf ans, de 1904 à 1912, dans les communes où existaient des consultations de nourrissons, la mortalité de 0 à 1 an tomba de 11,6 à 8,5 %. » (MAROIS.)

M. Dron cite les résultats obtenus dans le Nord et le Pas-de-Calais de 1908 à 1913, dans la Loire-Inférieure et les régions libérées en 1919 et 1920.

La diminution de la mortalité parmi les enfants qui suivent la consultation tient à la surveillance médicale, à l'instruction des mères et à la progression de l'allaitement maternel.

Les consultations de nourrissons, qui distribuent aux mères des bons de lait, ont été accusées de favoriser l'allaitement artificiel. Il est déplorable, en effet, de voir donner aux mères qui nourrissent une prime mensuelle de 15 francs, dont la valeur est bien inférieure à celle du lait délivré aux enfants nourris au biberon. La distribution de lait stérilisé devrait être compensée par celle de viande, de farineux, de médicaments galactogènes ; mais l'influence du médecin est encore plus importante que celle des primes. Le médecin démontre aux mères les avantages de l'allaitement maternel, les inconvénients et les difficultés de l'allaitement artificiel. Son action est lente, mais efficace. Les préjugés disparaissent peu à peu. M. Bresset cite dans la thèse de Flour le cas de 139 mères qui ont amené successivement plusieurs enfants à sa consultation de la rue Oudinot. Les aînés étaient venus tard, en général, élevés au biberon dès leur naissance ; ils n'ont été nourris au sein que dans 59,3 % des cas. 168 enfants, frères des précédents, ont suivi la consultation, la plupart dès la naissance, et 93,5 % ont été nourris au sein. Ces résultats montrent l'intérêt qu'il y aurait à faire bénéficier un plus grand nombre d'enfants des avantages des consultations.

Jusqu'ici, sauf en Seine-et-Oise, où les consultations ont été étendues à la plupart des communes du département, et à Lyon, où la ville a été divisée en districts, comme les villes américaines, les consultations sont restées des œuvres isolées ; elles n'ont pas donné tous les résultats qu'on peut en espérer.

Les dames visiteuses bénévoles, les infirmières, commentent aux mères les conseils donnés par les médecins ; elles vont prendre des nouvelles de quelques enfants dont l'absence a été remarquée ou appliquer à domicile les soins prescrits. Mais l'établissement de fiches médicales et sociales, la visite régulière des familles inscrites ne sont pas encore généralisés. Beaucoup de consultations n'ont ni assistante sociale, ni infirmière-visiteuse. Les consultations telles qu'elles fonctionnent actuellement *n'atteignent pas tous les enfants*, et ce sont les mères et les nourrices indifférentes qui auraient le plus besoin de conseils.

Les enfants sont amenés tardivement ; les mères attendent qu'un incident survienne pour conduire l'enfant à la consultation. Elles ont déjà souvent suivi les conseils d'une voisine et amènent un enfant sevré ou malade. *Les présences sont irrégulières*. Des mères viennent une fois ou deux, puis cessent d'assister aux consultations sans que la cause de leur absence soit recherchée. Les visites tardives et irrégulières entraînent une perte de temps pour le médecin et ne profitent pas à l'enfant. Les soins sont impuissants à le guérir, ou s'il survit, il conserve des tares qu'auraient évitées une alimentation rationnelle et des soins précoces. Il faudrait que *tous les enfants soient suivis depuis leur naissance*.

Des visiteuses d'hygiène (*health visitors*) vont, en Angleterre, donner à domicile des conseils aux mères des nourrissons. Les premières furent nommées à Salford et à Manchester (1895) ; elles allaient demander de maison en maison s'il y avait des nouveau-nés. On reconnut de bonne heure que leur tâche serait simplifiée si elles étaient autorisées à consulter le registre des naissances. Mais les familles ont, en Angleterre, un délai de quarante-deux jours pour faire la déclaration. Les enfants ont le temps d'être malades, d'être sevrés, de quitter la région, de mourir avant la première visite. Dans certaines villes, les médecins hygiénistes demandèrent aux sages-femmes de leur signaler les naissances. En 1907, une loi (*notification of Births Act*) permit aux autorités locales de communiquer les adresses des nouveau-nés au service d'hygiène. Dans les régions où la loi est adoptée, elle prescrit au père, ou à défaut aux personnes présentes à la naissance (médecin, sage-femme) de signaler, dans les trente-

six heures, au médecin hygiéniste du district, tous les enfants nés vivants ou morts après l'expiration de la vingt-huitième semaine de la grossesse. La notification ne supprime pas la déclaration des naissances à l'état civil (*registration of births*). La notification des naissances était adoptée en 1915 par 80 % de la population de l'Angleterre ; elle est obligatoire depuis cette époque. La protection de l'enfance a fait de grands progrès en Angleterre, et la mortalité infantile diminue régulièrement depuis 1906.

Dans certains districts, les visiteuses d'hygiène vont dans toutes les maisons où des naissances leur sont signalées ; mais elles ne renouvellent pas leur visite lorsque la mère sait élever l'enfant ; elles se contentent de lui recommander de les appeler si leurs conseils devenaient nécessaires. Dans d'autres districts, les visites ne sont faites qu'au-dessous d'un certain revenu.

La première visite n'a généralement lieu que du dixième au quinzième jour, lorsque le médecin ou la sage-femme ont cessé leurs soins, à moins d'une entente avec eux. L'infirmière-visiteuse ne va jamais dans une maison où un médecin donne des soins sans l'autorisation de ce dernier.

En Nouvelle-Zélande, les « Plunket nurses » envoient un mot à la mère dès la naissance de l'enfant pour savoir si elle désire recevoir leur visite. Cette offre est toujours acceptée.

En Belgique, l'Œuvre nationale de l'Enfance pria le ministre de l'Intérieur d'inviter les administrations communales à fournir aux œuvres un relevé hebdomadaire des naissances survenues dans les communes (1).

La ville de New-York a été divisée en 1913 en quatre-vingt-neuf circonscriptions (2) possédant chacune une consultation de nourrissons. Dès qu'une naissance est déclarée, la consultation du quartier est prévenue et envoie une infirmière au domicile de la mère pour lui donner des conseils et lui expliquer la nécessité de conduire son enfant à la consultation. L'organisation repose sur le même principe dans la plupart des villes américaines.

L'Office municipal de la Jeunesse, à Strasbourg, reçoit l'avis des naissances. Des infirmières vont visiter les mères en commençant par les mères des enfants illégitimes.

La Croix-Rouge américaine a établi à Lyon une organisation analogue à celle des villes américaines. Chaque bureau

(1) Œuvr. nat. Enf., rap. ann. exercice 1921.

(2) *Rev. phil.*, t. XXXIV, p. 476.

de district est averti des naissances et fait visiter les mères. Un essai semblable avait été tenté à Paris dans le XIV^e arrondissement, en 1918. La secrétaire du Patronage franco-américain de la première enfance allait prendre chaque jour à la mairie la liste des naissances, qu'elle transmettait aux quatre consultations de l'arrondissement agréées par le Patronage. L'œuvre fonctionna pendant six mois, puis des objections s'élevèrent au sujet des visites à domicile, car la mairie n'a le droit de fournir ni le nom ni l'adresse des accouchées ; elle cessa de les communiquer en décembre 1919. Depuis, le Patronage prévient les mères au moyen de tracts qui leur offrent le secours des visites à domicile. Seules les mères qui désirèrent s'instruire sont visitées, et ce sont les insouciantes qui bénéficieraient le plus de l'aide de la visitieuse. (M^{lle} MAMELLE.)

Les parents qui sont contraints de faire instruire leurs enfants doivent être également obligés de leur assurer un développement normal. L'Angleterre qui, depuis plus de quinze ans, fait visiter les enfants dès leur naissance, en reconnaît la nécessité absolue. *Il est urgent qu'une loi autorise les consultations chargées de la protection des enfants du premier âge à recevoir l'avis des naissances en les astreignant au secret professionnel.* La déclaration des naissances et la visite précoce faite par l'infirmière d'une consultation permettra d'éviter le sevrage hâtif, l'envoi en nourrice, et de diminuer la mortalité pendant les premières semaines de la vie. La notification des naissances marquerait un grand progrès, mais, comme nous le verrons, c'est dès la grossesse qu'il faudrait connaître les mères.

Les adresses des accouchées ne peuvent être signalées actuellement aux œuvres ; ce n'est pas légal en France. La consultation, cependant, ne doit pas se contenter d'accueillir les enfants qui se présentent, elle doit essayer de secourir, *de façon aussi précoce que possible*, tous les nourrissons dans un rayon plus ou moins étendu, suivant la densité de la population. Pour obtenir ce résultat, il faut organiser méthodiquement le service. Chaque consultation devrait avoir pour but de surveiller tous les enfants des rues voisines plutôt que d'en recevoir quelques-uns de chaque quartier.

Il faudrait demander aux maternités, aux sages-femmes, d'indiquer aux mères le fonctionnement et les avantages des consultations en leur remettant les adresses et les heures des consultations *les plus proches* de leur domicile.

Ces adresses et une brochure explicative pourraient être envoyées à toutes les mères par la mairie, dès la déclaration

de la naissance. Des affiches, apposées à l'entrée des mairies, des maternités, des crèches, des usines, des ateliers, des lavoirs devraient les signaler à l'attention des mères. Les consultations peuvent obtenir l'autorisation de délivrer les certificats nécessaires pour toucher les primes d'allaitement et recevoir les bons de lait. Elles peuvent promettre une prime, une layette, si elles sont prévenues de la naissance dans les quarante-huit heures.

La nécessité de produire un certificat médical pour toucher la prime d'allaitement mensuelle de 15 francs ou les bons de lait a eu pour principal avantage de faire connaître les consultations aux mères. Quelques communes et départements ont rendu obligatoire l'assistance aux consultations pour toucher les secours accordés par la commune ou le département. Ces règlements devraient être généralisés. Les œuvres qui distribuent des secours aux mères et aux enfants, les personnes charitables qui s'intéressent à une famille ne devraient remettre leurs secours, qu'en échange du certificat d'une consultation agréée par elles, constatant que la mère élève son enfant suivant les règles de l'hygiène et le présente régulièrement à la consultation.

Les Anglais, qui font visiter les mères dès la naissance de l'enfant, depuis 1907 dans la plupart des villes, et depuis 1915 dans toute l'Angleterre, reconnaissent que ces visites faites dans les jours qui suivent la naissance sont encore trop tardives. La mère a déjà pris des dispositions pour mettre l'enfant en nourrice ou elle a résolu de l'élever au biberon dès la naissance ; elle a préparé une layette dans de mauvaises conditions et n'a plus les moyens de la changer. C'est pendant la grossesse qu'il faudrait commencer à conseiller la mère, prévoir comment elle élèvera son enfant, et envisager avec elle, suivant ses ressources, ses occupations, son habitation, le nombre de ses enfants, comment elle pourra garder le nouveau-né et le nourrir au sein ; il faut, dès cette période, l'adresser aux œuvres qui seront susceptibles de l'aider. Les consultations prénatales permettent de soigner les mères malades et de diagnostiquer les dystocies ; elles contribuent à diminuer le nombre des mort-nés et des décès pendant les premiers jours de la vie ; elles permettent aussi de démontrer à la mère la nécessité de garder son enfant auprès d'elle et de le nourrir. Les conseils ne se heurtent pas pendant la grossesse, comme après la naissance de l'enfant, à une décision prise depuis plusieurs mois par la mère et son entourage.

Pour obtenir le maximum de rendement, il faut installer

dans les mêmes locaux une consultation de femmes enceintes et une consultation de nourrissons (1). Toutes les femmes qui viennent à la consultation sont inscrites, visitées régulièrement avant la naissance, dès la naissance et pendant les premières années de la vie de l'enfant. L'action de la consultation est précoce et continue. C'est la seule efficace, celle qu'une loi devra généraliser en prescrivant la déclaration et la surveillance hygiénique de la grossesse.

Il importe que tout enfant inscrit soit régulièrement visité et que son absence ne passe pas inaperçue. Pour obtenir la régularité, beaucoup de consultations donnent aux mères des jetons de présence qu'elles échangent contre des objets de layette, du savon, des bons alimentaires. Le département de Seine-et-Oise prévoit une somme de 1 franc par femme et par consultation pour l'attribution des primes.

Il est surtout important d'avoir un système de fiches et de registres faciles à consulter. Toute absence est suivie d'une visite de l'infirmière-visiteuse qui en reconnaît la cause (maladie de la mère, maladie de l'enfant, négligence) et convoque la mère aux consultations suivantes. Les mères tiennent habituellement compte de ces avis, qui seront beaucoup plus efficaces lorsqu'une loi les obligera à présenter leur enfant aussi souvent que le médecin le jugera nécessaire.

Des discussions ont eu lieu pour savoir *si les consultations doivent admettre tous les enfants ou seulement les indigents ? si elles doivent se borner à la surveillance hygiénique des enfants ou soigner les malades ?*

La loi qui, dans l'intérêt national, rendra la surveillance hygiénique de tous les enfants obligatoire, comme l'instruction, devra organiser et permettre l'inspection médicale gratuite comme l'instruction. Toutes les mères qui ont besoin de s'instruire doivent pouvoir se présenter aux consultations, écoles des mères. D'excellents résultats ont été obtenus dans les villes où, comme à Fécamp, toutes les mères y sont admises. Celles des classes aisées donnent l'exemple aux autres femmes en y assistant régulièrement.

Aux Etats-Unis, les consultations sont des centres où les mères viennent apprendre à soigner leurs enfants et s'informer qu'ils se développent normalement. Le médecin constate si le poids, la taille, le développement sont normaux pour l'âge de l'enfant. Il examine les yeux, les oreilles, les dents, la gorge, les différents organes. Les réactions biologiques

(1) Les Œuvres peuvent demander à assurer le contrôle et à délivrer le certificat médical prévus par la loi sur le repos des femmes en couches.

sont faites lorsqu'elles sont nécessaires. Les anomalies sont signalées à la mère afin qu'elle les fasse traiter. A côté de ces consultations pour enfants bien portants, ouvertes à tous, se sont créées des « consultations de traitement » qui soignent les enfants malades indigents.

Les Etats-Unis, l'Angleterre insistent sur la nécessité de séparer les consultations pour enfants bien portants (*Well baby Clinics*) de celles pour enfants malades. Cette distinction a l'avantage d'éviter la propagation des maladies contagieuses, et les enfants malades n'absorbent pas le temps du médecin et des infirmières au détriment des autres enfants pour lesquels les mères ont besoin de conseils d'hygiène.

« La consultation est moins un dispensaire pour les maladies du premier âge qu'une école de puériculture. Le rôle fondamental qu'elle doit savoir remplir, ce n'est pas de guérir les maladies déclarées, mais bien de prévenir le mal, d'apprendre aux mères à connaître, à prévoir, à écarter les causes des maladies évitables. » (JARRICOT.) Cependant, en France, la plupart des consultations surveillent les enfants bien portants et soignent ceux atteints d'indisposition légère, de troubles gastro-intestinaux, d'affections chroniques (rachitisme, hérédosyphilis, tuberculose). La plupart des mères n'y présentent même que leurs enfants malades. Le rôle préventif de la consultation n'est pas encore compris ; c'est toute une éducation à faire. Si l'on refusait de soigner les enfants malades et se contentait de donner le conseil d'appeler un médecin du quartier, la mère n'irait pas et ne reviendrait plus à la consultation. Les consultations doivent provisoirement continuer à traiter les troubles digestifs, les bronchites légères pour lesquels les mères suivraient les conseils de voisines. Les enfants atteints de maladies contagieuses ou gravement malades qui doivent être revus fréquemment et ne peuvent être transportés sans danger sont tout naturellement éliminés de la consultation hebdomadaire. Les enfants indigents atteints d'affection chronique sont seuls traités au dispensaire, et il y a intérêt à les convoquer un jour spécial pour pouvoir leur consacrer plus de temps.

Les nourrissons syphilitiques étaient traités depuis de nombreuses années aux consultations des maternités parisiennes. Mais M. Couvelaire a organisé à la clinique Baudelocque le premier « dispensaire pour le diagnostic et le traitement des maladies héréditaires ». Les mères et les nourrissons y sont soignés. Des dispensaires semblables ont été créés à la Clinique Tarnier, aux Maternités de la Pitié, de Lariboisière, de la Charité.

ORGANISATION D'UNE CONSULTATION DE NOURRISSONS

Les consultations sont faciles à réaliser dans toutes les régions : l'installation est simple, les frais d'entretien peuvent être extrêmement réduits. En attendant qu'une loi rende obligatoire la création des consultations et l'assistance à ces consultations, il faut que les municipalités, l'initiative privée en comprennent l'importance et en organisent en nombre suffisant pour que toutes les mères puissent y être conseillées. Il faudrait en créer dans les différents quartiers des villes, dans tous les villages où quinze ou vingt nourrissons peuvent être surveillés. Chaque département devrait posséder une ou plusieurs consultations ambulantes pour desservir les communes dépourvues de consultation fixe. Une automobile spécialement adaptée contenant le pèse-bébé, les fiches, les registres, les instruments de démonstration, conduirait à jour fixe le médecin dans les différentes communes. Tous les médecins et les philanthropes qui ont installé des consultations, M. Dron dans son rapport au Sénat, insistent sur la simplicité de l'installation (1) ; les frais peuvent être réduits au minimum et des résultats excellents sont certains. M. Vincent, préfet du Nord, présentait avant la guerre, aux municipalités de son département, un projet de consultation dont les frais étaient réduits au point que la question financière ne fût jamais un obstacle. (DRON.)

Dans la préface du traité de Budin, *Le Nourrisson*, M. Jonnart insiste sur la facilité de l'installation. « Pour créer une consultation de nourrissons, trois choses suffisent : une balance, un appareil à stériliser le lait et le dévouement d'un médecin... L'entreprise est donc à la portée des plus modestes. Elle suffit, mais il faut qu'elle soit bien organisée et bien dirigée. » (JARRICOT.)

M. Marfan insiste sur les qualités du médecin, qui doit connaître la puériculture, s'intéresser aux questions sociales et à l'hygiène infantile.

La consultation doit s'assurer le concours d'une direc-

(1) *Prix de revient.* — Mme la comtesse Bertrand de Mun reproduisait, en 1921, à l'Exposition de la Maternité et de l'Enfance, le type des consultations de nourrissons organisées par l'Œuvre du « Retour à Reims ». D'après la notice affichée devant son stand, il faut se procurer, pour installer la consultation : une bascule pour les mères : 365 fr. ; une balance pour les enfants : 120 fr. ; une baignoire de bébé : 29 fr. 50 ; trois tables : 140 fr. ; un buffet : 149 fr. 50 ; une armoire à pharmacie : 82 fr. ; 6 chaises en bois à 18 fr. : 108 fr. ; soit au total : 995 fr. Il faudrait avoir de plus quelques bancs pour les mères et des casiers pour les fiches.

trice, élève d'une école de puériculture. Elle sera assistée, suivant l'importance de la consultation, d'une ou de plusieurs infirmières-visiteuses d'hygiène infantile, diplômées, qui règlent et dirigent le travail des dames volontaires.

A la campagne, les fonctions de directrice de la consultation, de visiteuses d'hygiène infantile, peuvent être assurées par les sages-femmes lorsqu'elles ont fait les études nécessaires.

La consultation peut utiliser une salle d'école ou une salle de mairie. Le sol sera lessivé la veille de la consultation, et la pièce bien chauffée, de façon à ce que les mères n'hésitent pas à déshabiller leur enfant. Une salle servira de salle d'attente, une de salle d'examen, une seule peut même suffire. Dans ce cas, toutes les mères profitent des conseils donnés à chacun ; mais les cris des enfants, les causeries des mères sont fatigants pour le médecin et ses aides.

Une salle d'isolement, divisée en boxes individuels plus ou moins nombreux suivant l'importance de la consultation, est indispensable pour isoler les enfants suspects dès l'arrivée.

Lorsque l'œuvre peut faire les frais d'un local, elle doit prévoir des pièces grandes, hautes de plafond, bien éclairées, faciles à chauffer, dont le sol soit recouvert d'un linoléum et les murs peints ou revêtus de petits carreaux de couleur claire.

La consultation comprend avec avantage un vestibule d'où les enfants sont dirigés vers la salle d'isolement ou vers la salle d'attente commune, un bureau pour le médecin, une salle où est préparé le lait que distribue la consultation. Une remise pour les voitures d'enfants est très utile.

La Fondation Parquet, à Courbevoie, a annexé à sa consultation des salles de bains pour les mères. Cette disposition mérite d'être généralisée. Une installation de douches simples, comme dans les camps de vacances, pourrait être réalisée à peu de frais ; elle rendrait de grands services.

Le mobilier se compose de bancs ou de chaises en bois, faciles à laver, de deux ou trois tables, de casiers pour classer les fiches. Le tout peut être peint à peu de frais, de façon à donner à la consultation un aspect propre et gai. « L'aménagement intérieur, la disposition du mobilier doivent laisser une impression d'ordre et de méthode, afin que les mères y puisent un enseignement. » (M^{me} CRUTZEN-FRANCK.)

Le mobilier est complété par une balance pèse-bébé, une bascule pour peser les mères. De petits paniers métalliques

ou des sacs de toile, lavés après chaque consultation, reçoivent les vêtements de l'enfant pendant l'examen.

Des affiches illustrées sont suspendues aux murs, ainsi que des graphiques qui frappent l'imagination et démontrent les avantages de l'allaitement maternel, les dangers de la mise en nourrice, la mortalité plus forte pendant les mois d'été, réduite au minimum pour les enfants qui suivent régulièrement les consultations. Les graphiques doivent, pour intéresser les mères, être faciles à interpréter et modifiés chaque année de façon à donner des chiffres récents. Des gravures indiquent comment il faut garnir le berceau, donner un bain, préparer les biberons, préserver l'enfant des mouches. Une petite armoire peut renfermer des modèles pratiques de layette.

Le nombre des consultations est variable. Il faudrait qu'elles soient hebdomadaires. La plupart des enfants ne sont convoqués que deux fois par mois ; mais les enfants nourris au biberon, ceux qui s'élèvent difficilement, ont besoin d'être examinés au moins une fois par semaine. C'est même insuffisant pendant l'été. Une consultation pour les enfants atteints de diarrhée fonctionne tous les soirs à Toulouse pendant les mois d'été.

Les jours et les heures de la consultation dépendent des occupations des mères et des nourrices, et des saisons. Elles ont lieu au début de l'après-midi en hiver ; le matin ou à la fin de la journée pendant les mois chauds. Quels que soient le jour et l'heure fixés, une grande exactitude est nécessaire, afin de réduire au minimum la perte de temps pour les mères qui ont sacrifié des heures de travail ou laissé chez elles d'autres enfants.

Les enfants sont reçus à l'entrée par une infirmière habituée à dépister les maladies contagieuses et qui dirige les douteux vers la salle d'isolement. Il ne faudrait, du reste, pas exagérer les *dangers de contagion* dans les consultations de nourrissons : ils sont exceptionnels, contrairement à leur fréquence dans les salles d'attente des hôpitaux, qui réunissent des enfants malades et d'âge différents. Les maladies contagieuses sont moins fréquentes pendant la première année que chez les enfants plus âgés, et les mères savent que les malades ne sont pas admis ; elles les conduisent de préférence aux consultations des hôpitaux, qui sont journalières. De même, elles ne viennent pas à la consultation lorsqu'elles ont à soigner d'autres enfants malades. L'enquête faite à l'entrée suffirait à les éliminer. Elle sera plus stricte en temps d'épidémie.

Les enfants sont inscrits, leurs fiches sont recherchées ; ils sont déshabillés et pesés ; ils passent successivement devant le médecin qui les examine et donne des conseils. Tous les renseignements sont notés sur la fiche qui reste à la consultation. Les conseils médicaux sont transcrits sur un carnet remis à la mère. Il y a intérêt, lorsque les consultations sont nombreuses, à faire imprimer des formules indiquant les aliments que peuvent manger les enfants du sevrage à deux ans, apprenant à préparer un enveloppement sinapisé, un biberon, une bouillie, du bouillon de légumes.

Après la consultation, les fiches sont rangées ; les registres sont mis à jour ; l'infirmière fait la liste des enfants nouvellement inscrits et des absents. Elle fera une visite aux nouveaux, afin de connaître l'état du logement, les ressources, et de donner les premiers conseils d'hygiène ; elle s'enquerra de la cause des absences ; elle visitera non seulement les malades, mais tous les enfants, et les convoquera à la consultation suivante, à laquelle elle assiste. L'influence de la visiteuse est très grande. Elle doit gagner la confiance des mères. Il y a intérêt à ce que la même infirmière assiste à la consultation prénatale, visite les femmes enceintes, et continue, après la naissance, à suivre l'enfant aux consultations de nourrissons. Elle sait d'avance les hésitations qu'il faudra vaincre, les arguments qui sont capables de toucher chacune, les résultats qu'elle a déjà obtenus, ce qui reste à gagner.

Dans les villes où le lait est de mauvaise qualité, dans les régions où les mères s'en procurent difficilement, il est très important que les consultations fournissent aux mères du lait dont elles connaissent la provenance, fréquemment analysé, exactement dosé suivant les prescriptions du médecin et stérilisé. Ce lait est distribué gratuitement ou moyennant une rétribution variable. La consultation peut également fournir des laits modifiés prescrits par le médecin. Si la consultation ne s'adjoit pas une Goutte de lait, elle doit au moins prêter ou louer aux mères des appareils à stériliser le lait.

Morel de Villiers avait décrété que, dans sa commune, « les mères nécessiteuses pourraient obtenir à titre de prêt et gratuitement un appareil à stériliser le lait, qu'elles rendraient à la commune après le sevrage de l'enfant. » La mortalité avait été de 28 % de 1866 à 1884. A la suite des mesures prises, 54 naissances furent enregistrées et pas un décès.

Le prêt ou la location de balances pèse-bébé est utile pour les enfants nourris au sein qui présentent des troubles assez

sérieux pour qu'il soit nécessaire de connaître les variations journalières du poids de l'enfant et la quantité de lait prise à chaque tétée. Il faut prévoir la distribution d'objets de layette, de bons de viande, de farineux, de médicaments.

La consultation doit organiser un fichier des familles secourues et des œuvres de l'arrondissement, du département. Des crédits doivent être réservés chaque année pour des abonnements à des revues d'hygiène sociale, françaises et étrangères, pour acquérir les comptes rendus des congrès, afin que les infirmières continuent à s'instruire, à connaître les améliorations possibles, les résultats de l'expérience, les transformations nécessaires. Chaque consultation doit devenir un centre d'instruction d'hygiène infantile, non seulement pour les mères, mais pour toutes les femmes, pour les nourrices mercenaires, pour les enfants des écoles. Le jour où ces cours seraient institués, on pourrait exiger des nourrices un certificat de connaissances élémentaires de puériculture.

LES CONSULTATIONS A L'ETRANGER

Belgique. — L'Œuvre nationale de l'Enfance considère la généralisation des consultations de nourrissons comme la partie la plus importante de sa tâche. Elle se propose d'en établir dans chacune des 2092 communes. Il en existait 70 en 1914, 900 en 1922.

L'Œuvre nationale de l'Enfance « agréera dans les communes, suivant les nécessités locales, une ou plusieurs consultations. Une même consultation pourra étendre son action à plusieurs communes. » (Loi du 5 septembre 1919, art. 8.) L'article 9 règle les conditions que doivent remplir les consultations pour être agréées : être gratuites, ouvertes à toutes les mères, faites par un médecin... L'article 10 prévoit l'organisation de consultations, par les soins de l'Œuvre nationale de l'Enfance, dans les communes où aucune institution n'aura sollicité et obtenu son agrégation un an après la mise en vigueur de la présente loi. Les frais des consultations agréées sont supportées moitié par l'Etat, un quart par la province, et un quart par la commune (art. 11). Tous les enfants sont admis aux consultations, mais les familles nécessiteuses participent seules aux distributions de lait, d'aliments, de layettes et de primes.

L'Angleterre trouve indispensable d'adjoindre aux conseils particuliers donnés à chaque enfant par le médecin des cours théoriques et pratiques pour les mères. Elle a créé, sous le

nom de « Infant welfare centres », des institutions qui comprennent des consultations de nourrissons (*infant consultations*), des écoles pour les mères (*schools for mothers*) et des cantines maternelles, parfois des garderies auxquelles les mères confient leurs enfants pendant qu'elles assistent aux cours. Dans certains centres (*infant weighing*), les enfants sont seulement pesés par les infirmières à intervalles réguliers. Dans d'autres, un médecin donne des conseils aux mères (*infant consultation*). Il se contente de diriger l'allaitement et de donner des prescriptions d'hygiène ; il ne soigne pas les malades. Presque toutes les consultations organisent des cours pour les mères : cours d'hygiène infantile, d'hygiène ménagère, de cuisine, de couture. Ces cours sont faits le plus souvent par les infirmières, qui indiquent des recettes simples telles que les mères puissent les répéter dans leur intérieur avec les instruments dont elles disposent. Une circulaire du « Local Government Board » (1^{er} août 1918) recommande d'organiser un centre d'hygiène infantile dans chaque district visité par une infirmière. Celle-ci assiste aux consultations et y convoque les mères. En 1922, il existait environ 1950 « Infant welfare centres » en Angleterre » (1).

Les Etats-Unis estiment que les consultations (*infant welfare station*) jouent un rôle primordial dans la lutte contre les maladies évitables. Une propagande active est faite dans les villes et les régions rurales pour démontrer la nécessité d'en créer. Le Bureau fédéral de l'Enfance (*Children's Bureau*) a demandé aux autorités locales de faire peser et mesurer tous les enfants de moins de six ans, pendant l'année de l'enfant (*Children's Year*), d'avril 1918 à avril 1919, afin de prouver qu'un grand nombre avait besoin d'une surveillance hygiénique. Des consultations ambulantes (*Child welfare special*) sont envoyées, depuis 1919, dans les communes, non seulement pour examiner les enfants, mais aussi pour inciter à établir des consultations fixes.

En Suisse, les Gouttes de lait groupent généralement :

- 1° Un service de préparation du lait ;
- 2° Une consultation gratuite ;
- 3° Un service pour hospitaliser les nourrissons (pouponnières, home de nourrissons) ;
- 4° Un service de surveillance à domicile par les infirmières-visiteuses ;
- 5° Quelquefois, un service de location de lits, baignoires, etc... (D'ESPINE et TH. REH.)

(1) Ministry of Health, 4^e annual report, 1922-1923.

B. — *LES VISITEUSES D'HYGIÈNE MATERNELLE
ET INFANTILE*

Dans les familles aisées, le médecin et une garde expérimentée apprennent à la mère à soigner son nouveau-né. Des visiteuses d'hygiène infantile devraient guider toutes les femmes qui ne peuvent recourir à une garde instruite ; elles leur signalent et leur font obtenir les secours auxquels elles ont droit ; elles font pendant leurs visites des observations utiles au médecin pour soigner l'enfant et aux œuvres pour l'assister. Elles sont, suivant les cas, infirmières soignantes, monitrices d'hygiène et assistantes sociales. Leur rôle, très apprécié en Angleterre et en Amérique depuis de nombreuses années, n'a été reconnu en France que depuis la guerre.

Les femmes ont de tout temps porté des secours au domicile des pauvres et soigné les malades. Saint Vincent de Paul demandait en 1633, à des femmes généreuses et dévouées, de former l'Assemblée des Dames de la Charité. Les différents ordres des Sœurs de Charité (Petites-Sœurs des Pauvres, religieuses de Saint-Vincent de Paul, etc.), ont pour mission de visiter les familles indigentes, de soigner les malades et les vieillards, de faire le ménage des accouchées et de leur apprendre à soigner leur enfant. Elles connaissent tous les pauvres de leur quartier, de leur commune ; elles signalent les indigents aux familles riches qui peuvent les secourir.

Les œuvres qui secourent les mères et les enfants (Charité Maternelle, Société protectrice de l'Enfance, mutualités maternelles, consultations de nourrissons), ont demandé à des dames volontaires de visiter les mères.

L'Assistance publique de Paris, la Préfecture de police, confie à des femmes la surveillance des enfants secourus par le bureau de bienfaisance ou placés en nourrice.

Les dames bénévoles, bien que très dévouées, n'ont pas toujours la régularité nécessaire ; elles manquent souvent des connaissances techniques qui donnent de l'autorité sur les mères et les nourrices ; il faudrait qu'elles s'astreignent à suivre les cours des écoles qui forment les visiteuses d'hygiène.

Les inspectrices employées par les bureaux de bienfaisance et la Préfecture de police devaient n'exercer qu'une surveillance administrative. Les lois récentes leur donnent un rôle d'éducatrices d'hygiène auquel elles ne sont pas tou-

jours préparées ; l'absence de collaboration avec un médecin, le petit nombre de leurs visites ne leur permettent pas d'obtenir de résultats appréciables et de s'intéresser à leur tâche.

« La visiteuse d'enfants, sans vouloir remplacer l'effort utile et secourable de toutes les femmes dévouées qui se consacrent aux différentes œuvres, doit apporter un élément nouveau. Ce sont les connaissances techniques d'hygiène infantile qu'elle doit enseigner sur place et par la pratique à la femme mère de famille. » (CHATIN.)

L'expérience des pays étrangers, celle plus récente de la France, montrent les résultats que l'on peut et doit obtenir. Il existe en Angleterre, dans chaque district, une infirmière-visiteuse (*health visitor*) chargée de surveiller les enfants. Elle convoque et accompagne les mères aux consultations de nourrissons. Mais le refus d'y assister n'entraîne pas la cessation des visites de l'infirmière, parce que les femmes qui ne viennent pas aux consultations ont besoin plus que d'autres des avis de la visiteuse. Les visiteuses surveillent les enfants de la naissance à cinq ans dans les villes. A la campagne, elles remplissent également les fonctions d'infirmière scolaire, d'infirmière soignante, de visiteuse des tuberculeux et des malades atteints de troubles mentaux.

Il nous semble indispensable que la même infirmière suive la mère pendant la grossesse et l'enfant après la naissance, jusqu'à deux ou trois ans, tant qu'il est admis aux consultations de nourrissons et dans les crèches. La surveillance des enfants de trois à six ans pourrait être rattachée au service des infirmières scolaires.

La plupart des démarches faites pour aider la mère et l'enfant, pour les placer, obtenir un secours, une layette, doivent être commencées avant la naissance. La visiteuse qui verra le résultat de ses démarches s'y intéressera davantage ; si l'une échoue, elle sait qu'elle devra la renouveler plus tard. La mère qui la connaît suivra plus volontiers ses conseils et viendra les réclamer après la naissance du bébé. La visiteuse d'hygiène maternelle et infantile devrait être chargée d'assister aux consultations de femmes enceintes et de nourrissons, de visiter les mères pendant la grossesse et les enfants jusqu'à deux ou trois ans. Elle exercerait également la surveillance des enfants placés en garde et des enfants assistés de moins de deux ans.

M. Merklen faisait ressortir en 1921, au Congrès de la Natalité, l'intérêt qu'il y aurait à charger des infirmières de surveiller les enfants et d'instruire les mères à la campagne.

Il en faudrait une par canton (*infirmière cantonale*). A la campagne, ces fonctions pourraient être confiées aux sages-femmes qui seraient pourvues d'un diplôme d'études de puériculture.

Les écoles qui forment les visiteuses d'hygiène maternelle et infantile devront continuer à se montrer sévères pour le recrutement de leurs élèves et exiger d'elles une solide instruction, une bonne éducation et de sérieuses qualités morales. Etre « sympathiques et pleines de tact », telles sont les qualités réclamées des « Plunket nurses » en Nouvelle-Zélande. L'infirmière-visiteuse devrait être, dans chaque commune, une femme intelligente, instruite, dévouée, aimant les enfants, capable d'avoir de l'influence sur les mères et les nourrices, de savoir se borner à son rôle de monitrice d'hygiène et de se soumettre à la direction du médecin. Elle aura le rôle difficile de surveiller les enfants placés en nourrice et les enfants abandonnés ; aucune loi, aucun règlement ne peut définir exactement sa tâche ; le sort de nombreux enfants dépendra de la façon dont elle saura la comprendre.

En Belgique, les infirmières-visiteuses ont été nommées inspectrices de l'Œuvre nationale de l'Enfance. Il faudrait qu'elles aient, en France, une instruction qui leur permette de prendre part aux concours d'inspecteur-adjoint de l'Assistance publique, qui viennent d'être ouverts aux femmes. Elles en exerceraient d'autant mieux les fonctions qu'elles auraient appris à connaître, au cours de leurs visites, les habitudes des nourrices et les défauts des règlements.

C. — LES COURS. LES CONFERENCES

La première « Ecole des Mères » (*School for Mothers*) fut fondée en Angleterre à Saint-Pancras, en 1907, pour apprendre aux mères les notions élémentaires d'hygiène infantile et ménagère, de cuisine, de couture. Des cours sont actuellement annexés à la plupart des consultations de nourrissons.

Des conférences étaient faites aux mères en Amérique, puis elles furent organisées pour les fillettes qui gardaient leurs frères et sœurs plus jeunes ; il est beaucoup plus facile de leur apprendre des notions exactes que de réformer les préjugés auxquels obéissent les mères. La ville de New-York créait en 1910 une « Ligue des petites Mères » (*Little Mothers'league*). La plupart des villes américaines en possèdent actuellement. Les fillettes y sont admises de dix à

treize ans. Des cours théoriques, accompagnés de démonstrations pratiques, sont généralement donnés à l'école par la maîtresse spécialement instruite ou par l'infirmière-visiteuse du district ; elles s'efforcent de faire prendre aux enfants des habitudes d'hygiène. Les élèves sont également conduites par groupes dans les crèches, consultations de nourrissons.

En France, une circulaire ministérielle du 2 mars 1923 recommande aux préfets d'organiser l'enseignement pratique de la puériculture dans les écoles primaires de filles.

Une consultation de nourrissons fonctionne, depuis 1907, au lycée de jeunes filles d'Abbeville. Les anciennes élèves pèsent les enfants et remplissent les fonctions de secrétaire ; les élèves confectionnent les objets de layette, qui sont distribués aux mères. Les jeunes filles du lycée de Versailles assistent aux consultations de l'Œuvre Maternelle et Infantile ; les élèves du cours complémentaire de Montmorency vont à la consultation de la Nouvelle-Etoile.

La Société de Puériculture du Bas-Rhin, fondée en 1912, a pour but de combattre la mortalité infantile par l'éducation des mères. Elle a organisé des cours populaires de puériculture et des séances cinématographiques. Des cours ambulants sont faits par une infirmière de l'Institut de Puériculture de Strasbourg. Elle apporte dans les villages le matériel de démonstration (appareil à stériliser le lait, baignoire, berceau, modèles de vêtements, etc.).

CHAPITRE IV

L'AIDE SOCIALE. — SES DEFAUTS

LA NECESSITE D'UNE ACTION METHODIQUE

Les œuvres sont nombreuses en France. Les 9.000 adresses publiées par le *Paris Bienfaisant, Charitable et Social*, en témoignent. Cependant, une multitude de nécessiteux restent à secourir ; la mortalité infantile est élevée ; des enfants sont chaque jour abandonnés ou meurent faute de soins convenables chez leurs parents et en nourrice. Les pauvres ne savent à qui s'adresser, les œuvres ignorent les vrais besoins. La liste des œuvres pourrait faire préjuger des résultats, si l'on ne tenait pas compte du petit nombre de places dont chacune dispose. Les pouponnières du département de la Seine n'ont pas 300 lits ; les centres d'élevage peuvent recevoir 300 enfants (GUINON, 1922), et 9000 ou 10.000 enfants parisiens sont placés en nourrice chaque année. Les 117 crèches et chambres d'allaitement du département de la Seine comptaient, en 1923, 3879 places pour enfants de moins de trois ans ; c'est peu, si l'on songe que des milliers de mères travaillent hors de chez elles. Et l'on sait qu'il est à peu près impossible actuellement de placer temporairement un nourrisson dont la mère malade ou enceinte a besoin de repos, et d'envoyer à la campagne un nourrisson convalescent, seul ou avec sa mère.

Les places de convalescence sont assez nombreuses pour hospitaliser pendant trois semaines ou deux mois les accouchées des hôpitaux de Paris qui le désirent ; mais quelques maisons seulement gardent les mères jusqu'au sevrage. Les maisons maternelles de province signalent qu'elles ne peuvent répondre à toutes les demandes, et un grand nombre de départements n'en possèdent même pas.

Il faudrait que les œuvres soient plus nombreuses et qu'elles existent dans tous les quartiers. Lorsque les crèches,

consultations, cantines maternelles, sont trop éloignées du domicile des mères, la perte de temps, les frais de transport les empêchent d'en profiter. Les heures d'ouverture doivent aussi tenir compte des habitudes des mères et des heures de leur travail.

Les places, déjà insuffisantes pour répondre aux demandes, sont réparties entre plusieurs œuvres indépendantes les unes des autres, bien qu'elles aient le même but. Cette dispersion empêche de connaître leur existence et les places dont elles disposent. Chaque crèche, pouponnière, centre d'élevage, peut admettre de 20 à 50 enfants en moyenne. Les lits vacants sont rares. Il faut, pour placer un nourrisson, s'adresser successivement à chacune ; les conditions d'admission varient de l'une à l'autre ; les renseignements sont fournis à des jours et à des heures différents. Les pauvres et leurs protecteurs bénévoles se laissent décourager par la complexité des démarches et la fréquence des insuccès. Et le secours est urgent pour sauver une mère et son enfant. C'est dans les jours qui suivent la naissance, la maladie, le chômage, qu'il faudrait pouvoir les aider.

Les résultats seraient meilleurs si toutes les œuvres qui poursuivent le même but constituaient une *fédération* ; le Comité se chargerait de donner des renseignements ; il serait tenu au courant des places disponibles dans chaque œuvre, et des vacances prévues les mois suivants. Une entente entre les œuvres semblables ne suffit pas ; il est souvent nécessaire, pour obtenir un résultat durable, de faire appel au concours simultané ou successif de plusieurs œuvres, hôpitaux, asiles maternels, pouponnières, centres d'élevage, asiles de convalescence. Une collaboration des différentes œuvres permettrait, sans perte de temps, sans formalités excessives, de faire passer l'enfant de l'une à l'autre, lorsque son intérêt le commanderait. « Je crois pouvoir dire que l'institution qui réunira toutes ces œuvres d'assistance aux nourrices et aux nourrissons et qui leur permettra d'être pleinement efficaces, cette institution n'existe pas encore. » (MARFAN.)

M. Marfan préconise de grouper une consultation de nourrissons, une crèche-garderie type Marbeau, une crèche d'hôpital, une cuisine de lait, un asile de plein air, analogue à celui de Médan, un restaurant gratuit et un refuge-ouvroir pour mères nourrices, afin de constituer des institutions centrales d'assistance aux nourrices et aux nourrissons.

M. Strauss réclamait, en 1901, la création de « Maisons de l'Enfance » ; M. Schreiber proposait, en 1913, la création dans chaque arrondissement d'une Maison du Nourrisson, qui

serait un office de renseignements. M. Armand Delille demande d'organiser des services d'hygiène infantile dans tous les dispensaires d'hygiène sociale. Les infirmières seraient réparties en quatre catégories : visiteuses d'hygiène pour nourrissons sains ; infirmières-visiteuses soignant à domicile ; visiteuses du service prénatal et monitrices d'hygiène domestique.

LES CENTRES DE RENSEIGNEMENTS. — Lorsque les œuvres se sont multipliées, il a été nécessaire de publier des listes d'œuvres (1) et d'organiser des centres capables de renseigner sur leur existence.

L'*Office central des Œuvres de bienfaisance* (175, boulevard Saint-Germain), fut fondé en 1890, dans le but « de rendre l'exercice de la charité plus efficace, de faire connaître aussi exactement que possible l'état de la misère et les œuvres destinées à la soulager, de discerner et de propager les moyens les plus propres à la prévenir et à la combattre ». (Statuts, art. 1.) L'Office publie le *Paris Bienfaisant, Charitable et Social*. Il est malheureusement loin de disposer des ressources, du personnel, des locaux, des moyens d'action dont jouissent les œuvres semblables en Amérique.

Des fichiers départementaux d'aide et d'assistance sociale ont été créés dans les préfectures de quelques départements.

La Ligue contre la Mortalité infantile, créée en 1902, par Th. Roussel, Budin et Strauss, est une « société d'études, de propagande et d'action destinée à combattre, par tous les moyens possibles, la mortalité excessive et évitable des enfants du premier âge. » (Statuts, art. 1^{er}.) Elle renseigne sur l'adresse des consultations de nourrissons, des crèches, des chambres d'allaitement ; elle recherche et communique les meilleurs moyens d'installer les œuvres de protection de l'enfance ; elle a organisé les Congrès de protection maternelle et infantile (1913 et 1922). Elle a été autorisée par le décret du 2 août 1922 à prendre le titre de Comité National de l'Enfance (2). « Elle étend à toute l'enfance l'action d'hygiène et d'assistance prévue par ses statuts. »

Le Comité national est divisé en sections composées des

(1) L'adresse des Œuvres est publiée dans les ouvrages suivants :

Paris Bienfaisant, Charitable et Social, 1921 ; — BROUDIC, *Conseils aux Mères* ; — TRIBOULET et DELOBEL, *Les Œuvres de l'Enfance*, Doin, 1906 ; — LEREBoullet, *Les Œuvres d'assistance et d'hygiène infantile*, *Paris Médical*, nov. 1921 ; — *Compte rendu du Congrès des Institutions d'assistance et d'hygiène sociale*, Paris, 1921 ; — RIBADEAU-DUMAS *Application de la Médecine sociale au Nourrisson, Traité de Pathologie médicale*, t. XXIV, p. 989, Maloine, 1923.

(2) 37, Avenue Victor-Emmanuel III (VIII^e).

personnalités s'occupant de l'enfance à toutes ses périodes. Les services administratifs comprennent :

1° Un office de renseignements (placement du personnel d'hygiène sociale, placement des enfants) ;

2° Un service de statistique et d'information générale ;

3° Un service de propagande et d'organisation de l'action du Comité national dans les départements.

Depuis 1905, des *Unions d'Œuvres* réunissent dans chaque arrondissement, une ou deux fois par mois, les représentants des différentes œuvres ; les renseignements sur les œuvres sont donnés gratuitement dans les *Permanences d'Entr'aide sociale* (1920), qui doivent être créées dans chaque arrondissement, à la mairie ou dans une annexe de la mairie. Il en existe actuellement dans cinq arrondissements (1). Les secrétaires se documentent de façon à fournir des renseignements pratiques toujours exacts sur les œuvres et les lois sociales. C'est à elles que nous conseillons de signaler les familles qui doivent être secourues. Mais les pauvres ne savent pas toujours expliquer leur cas. L'étude des lois sociales et des œuvres fait partie des connaissances que doivent posséder les *infirmières-visiteuses*. Elles se rendent compte, dans leurs visites à domicile, des moyens d'aider efficacement une famille. Le rôle social de l'infirmière a été compris par Calmette, mais c'est en Amérique que le service social a été organisé. M^{me} Nageotte-Wilbouchewitch signalait, en 1913, les résultats obtenus. M. Marfan attachait une infirmière-visiteuse à son service dès cette époque. Des thèses récentes, très intéressantes et documentées, ont étudié le service social à l'hôpital (M^{me} KREBS-JAPY, Paris, 1923), à l'hôpital et dans les dispensaires (PÉRET, Lyon, 1919), et Mlle Denis démontre le rôle de l'assistante sociale aux consultations de nourrissons.

Le service social est actuellement assuré dans plusieurs maternités et hôpitaux d'enfants par différentes sociétés. *L'Appui Maternel*, œuvre fondée en 1920 (siège social, 71, rue de Grenelle), envoie des groupes de visiteuses dans les maternités de Beaujon, de la Pitié et à la clinique Tarnier. Les visiteuses distribuent des layettes aux mères nécessiteuses, les placent avec leur enfant, leur procurent du travail. Elles essaient de trouver une solution au cas particulier présenté par chaque mère.

Le Service social à l'Hôpital (44, rue de Lisbonne, VIII^e),

(1) Place des Vosges, 18 (IV^e), siège social, et à la mairie des V^e, X^e, XIV^e et XIX^e arrondissements.

organisé en 1918 dans quatre pavillons de tuberculeux, créait une section des maternités en 1919, puis celle des hôpitaux d'enfants (1921). Son étude a été faite par M^{me} Krebs-Japy. Des assistantes existent actuellement dans dix maternités et huit services d'enfants ; d'autres vont être attachées aux asiles maternels du Vésinet et de Saint-Maurice.

LE SERVICE DES ENQUÊTES occupe une place importante dans l'assistance sociale méthodique. La Croix-Rouge américaine a créé à Paris, en 1918, un *fichier central d'assistance et d'aide sociale* (14, rue de Richelieu) sur le modèle de ceux qui fonctionnent dans toutes les grandes villes des Etats-Unis. Les Œuvres signalent au fichier les familles pour lesquelles elles ont fait une enquête. Le fichier ne groupe pas les dossiers, mais il fait pour chaque famille un répertoire des œuvres qui la secourent. Lorsqu'une œuvre reçoit une demande, elle envoie nom et adresse au fichier ; celui-ci lui retourne la liste des œuvres qui s'intéressent déjà à cette famille et sont susceptibles de donner des renseignements ; il prévient en même temps ces œuvres qu'une nouvelle œuvre collabore. Les œuvres françaises n'ont pas suffisamment compris les services que devait rendre le fichier, toutes n'en profitent pas.

Ces tentatives sont restées isolées. On peut appliquer à la lutte contre la mortalité infantile ce que M. Guillon disait de la lutte contre la tuberculose, qui, jusqu'en 1916, était « laissée au hasard d'initiatives privées, généreuses, mais impuissantes devant l'immensité du mal à fournir plus que des exemples et à obtenir plus que des résultats locaux ».

Il manque en France une organisation centrale qui établisse les statistiques, recherche les besoins des différentes régions, veille à la création des œuvres nécessaires et évite les dépenses inutiles, tout en respectant les exigences de l'hygiène. « On doit prêcher l'économie, non parce que chaque enfant coûte trop cher à la collectivité, mais dans le but de sauver un plus grand nombre d'enfants. » (COMBY.)

Nous nous permettrons de comparer le rôle que devrait remplir cette institution à celui joué dans un ordre d'idées tout à fait différent par le Touring-Club. Sous son influence, dans toutes les régions de la France, dans les plus petites villes, les communications ont été améliorées, des hôtels construits ou transformés, des centres de renseignements créés. Le Touring-Club distribue des brochures, des conseils, des subsides. L'action se continue lente, mais, patiente, persévérante, progressive et méthodique. Les préjugés finissent par être vaincus. Ainsi devrait-il en être de la lutte contre la

mortalité infantile. Dans cette lutte, la France s'est laissée devancer par les pays étrangers.

C'est la France qui a voté la première loi de protection de l'enfance (1874) et organisé les premières crèches (Marbeau, 1844), les premières consultations de nourrissons (Budin, 1892), les Gouttes de lait (Dufour, 1893), le placement familial à la campagne sous surveillance médicale (Grancher, 1903), la visite au domicile des tuberculeux par des infirmières (Calmette). Les mutualités maternelles ont établi, depuis 1891, les principes de l'assistance maternelle et infantile telle qu'elle est comprise actuellement (déclaration de la grossesse ; surveillance des femmes enceintes et des enfants dès leur naissance aux consultations et par les visites à domicile ; primes pour favoriser le repos avant et après l'accouchement ; encouragement à l'allaitement maternel). Mais ces efforts sont restés isolés ; les résultats sont médiocres, malgré le nombre des œuvres. Le mouvement en faveur de l'enfance qui s'est fait dans tous les pays depuis une vingtaine d'années n'a pas encore abouti, en France, à une organisation rationnelle.

*L'ORGANISATION METHODIQUE
DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE INFANTILE
DANS LES PAYS ETRANGERS*

ETATS-UNIS. — La protection de l'enfance n'est pas réglée uniformément dans les quarante-huit Etats qui composent les Etats-Unis d'Amérique. La protection de l'enfance est généralement bien organisée dans les villes, et une propagande très active est faite, depuis quelques années, dans les régions rurales, négligées jusqu'ici.

D'une façon générale, le ministère de l'Hygiène comporte, dans chaque Etat, une division spéciale pour la protection de l'enfance. La direction en est souvent confiée à une femme, docteur en médecine. Les principales villes ont des bureaux d'hygiène de l'enfance chargés d'organiser et de contrôler les œuvres ; trente-cinq Etats en avaient créés en 1922.

Les villes sont divisées en districts possédant chacun un dispensaire pour enfants. Des infirmières-visiteuses exercent la surveillance à domicile dès la naissance et convoquent les mères aux consultations. Une attention particulière est accordée à l'instruction des infirmières-visiteuses, pour lesquelles des écoles existent dans la plupart des villes.

Le premier bureau d'hygiène de l'enfance a été créé par la ville de New-York en 1908 ; il dépend du ministère de la Santé publique : il a été dirigé par Miss Joséphine Baker jusqu'en 1922. Il est chargé :

- 1° De surveiller les sages-femmes ;
- 2° D'organiser l'enseignement de l'hygiène infantile dans les consultations de nourrissons, au moyen de conférences, etc. ;
- 3° De surveiller les enfants placés en garde ;
- 4° D'exercer le contrôle sanitaire des crèches ;
- 5° D'organiser l'inspection médicale des écoles et les colonies de vacances.

Jusqu'en 1908, un service médical fonctionnait l'été pour soigner les nourrissons malades. Miss Baker, comprenant l'importance de l'hygiène préventive et de l'instruction donnée aux mères par les nurses, chargea les « trained public health nurses » (créées en 1902 pour la prophylaxie des maladies contagieuses) de visiter les mères dès la naissance.

En 1921, la ville de New-York était divisée en quatre-vingt-onze districts possédant chacun un centre d'hygiène infantile (*Health Station*) et des infirmières-visiteuses. La plupart des villes américaines ont une organisation analogue. La mortalité infantile, qui était de 14,4 % à New-York, en 1908, est tombée à 7,5 % en 1922 (1). On peut estimer à plus de 82.000 le nombre des nourrissons sauvés de 1907 à 1921.

Un Bureau fédéral de l'Enfance (*U. S. Children's Bureau*) a été créé en 1912 au Congrès de Washington ; il est rattaché au ministère du Travail. C'est surtout un bureau d'études. Sa direction a été confiée à Miss Lathrop jusqu'en 1922, puis à Miss Grace Abbot. Le bureau fédéral est chargé d'établir les statistiques concernant la natalité, la mortalité infantile, de faire des enquêtes, de préparer les projets de loi, de renseigner les Etats. Il a attiré l'attention, en 1919 (conférence de Washington), sur la nécessité de reviser les lois qui protègent l'enfance à intervalles assez rapprochés et il a engagé les différents Etats à nommer des commissions chargées d'étudier les modifications à apporter à leur législation (2).

Le « Children's Bureau » a été chargé d'appliquer la loi du 23 novembre 1921 (*Sheppard Towner Maternity and Infancy Act*) (3) que quarante-deux Etats ont acceptée. Cette loi permet de prélever annuellement sur les fonds du Trésor

(1) Miss ARNOLD, *Mot. and. ch.*, 1922, p. 502.

(2) *The Survey*, 1922, p. 103.

(3) *Bull. intern. Prot. Enf.*, suppl^t n° 15.

des sommes qui sont versées aux différents Etats dans le but de coopérer avec eux pour organiser la protection de la maternité et de la première enfance. Les différents Etats doivent élaborer un programme adapté aux conditions locales et le soumettre à l'approbation du « Children's Bureau ». Les différents projets reconnaissent tous la nécessité de faire surveiller les enfants dès la naissance par des infirmières et de créer des consultations.

Une propagande très active a été faite dans toutes les régions, dans tous les milieux, pendant l'« Année de l'Enfant », les « Semaines de l'Enfant » ; des expositions ont été organisées, des tracts et des brochures distribués. Des consultations ambulantes avec matériel pour démonstration (*Child Welfare special*) sont envoyées dans les régions rurales.

Le principe de l'organisation américaine est d'agir méthodiquement, afin d'obtenir le maximum de résultats des sommes engagées et du temps consacré. Miss Baker fait remarquer que l'organisation de l'hygiène préventive semble coûter cher, mais qu'elle épargne des vies humaines qui représentent un capital important et qu'en évitant les maladies ou en les traitant de façon précoce on économise les sommes qui sont dépensées chaque année sans profit dans les hôpitaux ou les asiles pour soigner les enfants qui meurent et secourir les incurables. L'organisation de l'hygiène préventive doit commencer dès la naissance. La lutte contre la tuberculose est décevante ; celle contre la mortalité infantile, au contraire, donne des résultats proportionnés au temps, à l'argent qu'on lui consacre, et il faut que l'Etat, après avoir reconnu la nécessité d'avoir des citoyens instruits, admette que ses citoyens doivent être bien portants.

CANADA. — Les associations de femmes (Cercle des fermières de Québec, « United Farm Women », etc.) ont joué un grand rôle dans l'établissement des œuvres de protection de l'enfance. Une division d'hygiène de l'enfance, organisée en mai 1920 au ministère fédéral de l'Hygiène, se propose de coopérer avec les autorités provinciales en leur laissant toute autonomie.

NOUVELLE-ZÉLANDE. — La « Society for the health of women and children » a été créée en 1907. Elle forme des nurses (Plunket nurses) qui visitent les villes et les districts ruraux ; elles préconisent l'allaitement maternel et apprennent aux mères à soigner leurs enfants. Les conseils sont gratuits. Ils sont appréciés dans toutes les classes de la société. L'exemple des mères riches exerce une bonne influence ; le

désir de les imiter conduit un grand nombre d'enfants aux consultations. Un quart des enfants nés dans l'année y ont assisté en 1919.

Une ou deux colonnes des journaux quotidiens sont consacrés chaque semaine à des articles d'hygiène infantile, qui sont suivis de l'adresse des infirmières de la Société, afin que les mères puissent les appeler.

La mortalité infantile, déjà très basse, n'a pas cessé de décroître. Elle est passée de 8,57 % en 1890-1894, à 4,84 % en 1918. Elle est la moitié de celle des Etats-Unis. Ces résultats montrent que la lutte contre la mortalité infantile ne doit pas être entreprise seulement dans les régions où la mortalité est supérieure à la moyenne ; on peut espérer la réduire d'autant plus que les conditions locales (climat, habitations, fortune) sont plus favorables.

ANGLETERRE. — Les principaux agents de la lutte contre la mortalité infantile sont les infirmières-visiteuses (*health visitors*) qui apprennent aux mères à diriger l'allaitement et à soigner l'enfant. Elles dépendent des autorités locales ou d'œuvres privées ; elles doivent visiter tous les jeunes enfants d'un quartier et engager les mères à les conduire aux consultations de nourrissons lorsqu'il en existe à proximité.

Dès 1895, l'Angleterre avait nommé des femmes inspectrices d'hygiène (*sanitary inspectors*).

Les médecins-inspecteurs d'hygiène (*medical officers of health*), frappés de la forte proportion des décès de 0 à 1 an relativement au nombre total des décès, se contentèrent d'abord de distribuer aux mères des notices indiquant les dangers de la gastro-entérite et les précautions à prendre pendant les mois d'été. Puis ils firent visiter les mères. Dans certaines régions, les « *sanitary-inspectors* » furent chargées de ces visites qui, dans d'autres, furent confiées à des infirmières spéciales (*health visitors*). La notification des naissances fut votée en 1907 et rendue obligatoire en 1915. (Cf. p. 93.) Depuis cette époque, l'Œuvre de protection maternelle et infantile s'est rapidement développée.

Les villes et les régions rurales sont divisées en districts ; une visiteuse d'hygiène est attachée à chacun. Elle visite les nourrissons et les femmes enceintes, les maisons où sont signalés des décès de nourrissons, et fait des enquêtes sur les morts-nés ; elle surveille la préparation et la distribution du lait lorsqu'il existe une Goutte de lait dans le district ; elle fait des cours élémentaires aux mères et est chargée, sauf à Londres, de surveiller les enfants placés en garde.

Les visiteuses d'hygiène travaillent sous la direction du médecin-inspecteur d'hygiène ou d'un de ses assistants (en général une femme-médecin) chargé spécialement des services de l'enfance.

Pendant les premières années, le district attribué à chaque visiteuse correspondait à 500 naissances annuelles ; les enfants étaient visités pendant leur première année. On a reconnu la nécessité de continuer cette surveillance au delà de la première année, pendant toute la période négligée, jusqu'à cinq ans. Le nombre de naissances attribuées à une visiteuse n'est plus que de 400, et l'on estime qu'un chiffre de 250 naissances annuelles serait suffisant pour permettre de répéter les visites autant qu'il le faudrait. Il existait 3508 visiteuses d'hygiène au mois d'avril 1923.

BELGIQUE. — Les institutions protectrices de l'enfance, peu nombreuses en Belgique en 1914, ont pris une grande extension pendant la guerre, époque à laquelle elles avaient surtout un rôle d'assistance. M. Velge expose comment la Belgique a profité de l'expérience de la France et tenu compte des difficultés rencontrées pour faire appliquer la loi Roussel. Elle a reconnu la nécessité de créer une œuvre nationale pour appliquer la loi du 5 septembre 1919, qui règle la protection de l'enfance. « L'Œuvre nationale a pour attribution d'encourager et de développer la protection de l'enfance, et notamment de favoriser la diffusion et l'application des règles et des méthodes scientifiques de l'hygiène des enfants, soit dans les familles, soit dans les institutions publiques ou privées d'éducation, d'assistance et de protection ; d'encourager et de soutenir par l'allocation de subsides ou autrement les œuvres relatives à l'hygiène des enfants ; d'exercer un contrôle administratif et médical sur les œuvres protégées ». (Loi du 7 sept. 1919, article 2.) Elle a pour but de réunir les documents concernant les œuvres de protection de l'enfance, de stimuler l'éclosion d'œuvres régionales ou locales, de rechercher les concours financiers indispensables, de guider les œuvres qui se créent ou qui existent, de les contrôler.

Elle est dirigée par un Conseil supérieur des Œuvres de l'Enfance composé de quarante membres (médecins, professeurs, organisateurs d'œuvres de protection de l'enfance). Elle est chargée d'agréer, dans chaque commune, une ou plusieurs consultations de nourrissons (art. 8) ;

D'en créer « dans les localités où, un an après la mise en vigueur de la présente loi, aucune institution n'aura sollicité et obtenu son agrégation » (art. 10) ;

De surveiller les enfants placés en garde jusqu'à l'âge de sept ans (art. 12) ; cette surveillance est exercée par l'intermédiaire des consultations de nourrissons.

D'organiser des Gouttes de lait, cantines maternelles, consultations prénatales dans les localités où vingt mères ou futures mères en auront fait la demande (art. 14).

L'Œuvre nationale de l'Enfance exerce son action par l'intermédiaire des œuvres privées qu'elle agréee ; « l'idée générale qui a inspiré la loi du 5 septembre 1919 est l'encouragement à l'initiative privée ». (VELGE.) Un comité, créé dans chacune des neuf provinces, sert d'intermédiaire entre les œuvres et le bureau central. Une moitié des dépenses des œuvres agréées est à la charge de l'Etat, un quart à la charge de la province, un quart à celle de la commune.

L'Œuvre nationale de l'Enfance est autorisée à recueillir des fonds par souscription publique ; elle s'est adressée à la Fédération des Notaires de Belgique, à la Fédération des Médecins, elle a envoyé des circulaires aux magistrats, aux avocats, aux ingénieurs. Elle a fait de la propagande dans les journaux, et au moyen d'affiches, de films, de cartes postales, de brochures.

L'Œuvre nationale de l'Enfance se propose d'étudier les différentes méthodes de protection et de fournir des documents aux Comités locaux, aux institutions de bienfaisance ; elle a créé en 1920 une bibliothèque qui possédait, au mois de décembre 1922, 1250 volumes, 150 revues belges et étrangères, 45.000 fiches.

ALLEMAGNE. — La nouvelle loi de protection de l'enfance votée en 1922 (1), après avoir été préparée et discutée pendant deux ans, entrera en vigueur le 1^{er} avril 1924.

Elle sera appliquée par l'intermédiaire du Comité d'Empire pour la protection de l'Enfance, composé des représentants de Comités provinciaux, formés eux-mêmes des représentants des Comités locaux.

La loi règle le système d'assistance des enfants placés en garde, des enfants nécessiteux, illégitimes, abandonnés, délinquants.

(1) *Bull. intern. Prot. Enf.*, supp^t nos 47, 48, 51.

L'ORGANISATION METHODIQUE
DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE INFANTILE
DANS QUELQUES DEPARTEMENTS

L'œuvre de quelques villes et départements peut être comparée à celle des pays étrangers.

A Lyon. — La thèse très intéressante de M. Péret, les communications de M. Chatin, décrivent l'organisation créée à Lyon par la Croix-Rouge américaine, qui a voulu introduire en France le système employé avec succès aux Etats-Unis et montrer le rôle que doit jouer l'infirmière-visiteuse dans la protection de l'enfance. L'œuvre fut continuée en 1919 par un Comité lyonnais ; elle prit le nom de Fondation Franco-Américaine pour l'Enfance. La Croix-Rouge américaine créait, en 1918, des cours pour former les infirmières-visiteuses (*Visiting nurses*) qui furent les unes mises à la disposition des hôpitaux d'enfants et des maternités, les autres réparties par quartiers. Les infirmières-visiteuses et assistantes sociales affectées aux hôpitaux et œuvres privées rendent de grands services, mais beaucoup d'enfants échappent à leur action. « Aussi la Croix-Rouge américaine a-t-elle recommandé et proposé le système des visiteuses de quartiers, le système du « District nursing », qui, depuis plusieurs années, se montre très efficace dans les grandes villes des Etats-Unis, parce qu'il permet une surveillance de tous les enfants, une coordination, et, par conséquent, un rendement meilleur des efforts des visiteuses. » (HERVIER.) Le système du « District nursing » fut d'abord installé dans un quartier (une partie du VII^e arrondissement), puis la ville fut divisée en sept districts. Dans chaque district est installée une permanence avec téléphone et fichier de district ; elle sert de centre à une équipe de visiteuses. Dès qu'une naissance est déclarée, la mairie prévient le bureau du district. Par ce système, seuls ne sont pas visités les enfants nés dans un autre quartier, dont les parents viennent habiter le district. M. Péret estime que ce nombre ne doit pas dépasser 6 à 8 %. La visiteuse se rend au domicile de la mère pour lui expliquer le but de sa visite : « l'aider à élever l'enfant jusqu'à un an, par ses conseils et son appui moral et matériel » ; elle est toujours bien accueillie. Elle encourage l'allaitement maternel et l'assistance aux consultations de nourrissons. Les visiteuses exercent le contrôle du repos des femmes en couches.

Les directrices des bureaux de districts se réunissent chaque mois avec les représentants des œuvres, afin de signaler les besoins des familles nécessiteuses. Par ces réunions mensuelles, « la Croix-Rouge américaine a atteint le deuxième but qu'elle se proposait en créant le patronage : prouver que cette œuvre visant la santé de l'enfant est un problème intéressant la communauté et qu'elle peut être menée à bonne fin si toutes les organisations publiques et privées de protection de l'enfance travaillent en commun ». (PÉRET.) La visiteuse joue le rôle d'agent de liaison » entre « l'enfant, visité, protégé et secouru, et les différentes œuvres d'assistance privées et officielles. » (CHATIN.)

A *Strasbourg*, l'Office municipal de la Jeunesse surveille tous les enfants naturels ou orphelins jusqu'à l'âge de vingt et un ans. Il assume la tutelle de ceux qui n'ont pas de tuteur propre. Le tuteur municipal défend les intérêts de ses pupilles, notamment devant les tribunaux, pour leur obtenir une pension alimentaire.

Les naissances des enfants illégitimes sont signalées à l'Office, qui les fait visiter dans les quarante-huit heures par une infirmière ; l'infirmière visite l'enfant chaque semaine, le convoque aux consultations de l'Institut de Puériculture, auxquelles elle assiste. Depuis 1920, l'Office est chargé de la surveillance des enfants placés en nourrice et du service des enfants assistés. Les enfants abandonnés sont recueillis à l'Institut de Puériculture et placés à la campagne dès que leur état le permet.

Un projet d'organisation de la lutte contre la mortalité infantile, dans le Bas-Rhin, prévoit la création de dispensaires de puériculture dans chaque canton ; ils seraient créés par des organisations privées, autorisées, subventionnées et contrôlées par l'Etat. Des infirmières-visiteuses, nommées par le Préfet, surveilleraient l'application des lois de protection maternelle et infantile et prendraient part aux consultations de nourrissons dans les cantons où il n'existerait pas de dispensaires.

Les médecins qui voudront diriger ces œuvres de puériculture devront avoir fait des études spéciales. La direction de la lutte contre la mortalité infantile sera confiée à un comité départemental (1).

Le département de la Marne présentait à l'Exposition de Strasbourg (1923) un projet d'organisation départementale

(1) *Rev. phil.*, 1922, p. 478.

qui devait être appliqué en 1923. Tous les services d'hygiène et de protection devaient être groupés par circonscriptions sanitaires, et, dans chaque circonscription, les services assurés par un seul médecin-inspecteur, qui serait assisté d'une ou de plusieurs infirmières d'hygiène sociale et chargé des consultations prénatales, de la protection des enfants du premier âge (loi Roussel), des consultations de nourrissons fixes ou ambulantes, de l'inspection médicale des écoles, de la vaccination, de la surveillance médicale des pupilles de l'Assistance publique et de celle des Pupilles de la Nation.

Nous avons déjà signalé l'effort du *département de la Seine-et-Oise*, où la Fédération des Œuvres départementales groupait, en 1922, 224 consultations de nourrissons, des asiles maternels, des pouponnières et des centres d'élevage.

La Seine-Inférieure rattache les dispensaires d'hygiène infantile aux dispensaires d'hygiène sociale du département. (LALLEMAND, OTT.)

La Protection toulousaine de l'Enfance (1918) a chargé des visiteuses d'assister aux consultations de nourrissons et de visiter à la Maternité les filles-mères qui viennent d'accoucher. La ville est divisée en cinq quartiers, ayant chacun une visiteuse. L'Assistance publique leur communique la liste des filles-mères chez lesquelles elles sont tenues de se rendre chaque mois.

La Fédération des Œuvres girondines de Protection de l'Enfance (1918) a pour but de permettre aux œuvres et aux associations « d'échanger des idées, d'associer leurs efforts et de combiner leur action en vue de la protection par tous les moyens de l'enfant, aussi bien avant qu'après sa naissance ». (Statuts, art. 1^{er}.)

L'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine, dont la création a été votée le 10 juillet 1918, est dirigé par M. Guillon. Il devait étendre son action non seulement à la tuberculose, mais à tous les fléaux sociaux, et en particulier à la syphilis et à la mortalité infantile. Jusqu'ici, il s'est limité à l'organisation de la lutte contre la tuberculose. Cependant, l'Office a prêté son concours à l'Ecole de puériculture de la Faculté de Médecine (64, rue Desnouettes, XV^e), qui représente le type du dispensaire d'hygiène sociale consacré à la lutte contre la mortalité infantile et forme des visiteuses d'hygiène maternelle et infantile.

Les résultats obtenus par l'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine, dans la lutte contre la tuberculose, la rapidité de son action, son extension progressive,

rendent son étude très intéressante et font souhaiter qu'une organisation semblable soit créée pour organiser en France la lutte contre la mortalité infantile. Le rapport présenté par MM. Sellier et Rousselle, au Conseil général de la Seine, expose le fonctionnement de l'Office depuis sa fondation jusqu'au 31 décembre 1920.

A cette date, l'Office avait ouvert 24 dispensaires (15 à Paris, 9 en banlieue). Il gérait 5 sanatoriums ou préventori-ums pour adultes et 1 pour enfants. Il avait conclu des ententes avec 5 sanatoriums publics ou privés pour adultes et 6 pour enfants. L'Office gérait 4 préventori-ums et internats-écoles de plein air ; il pouvait placer des enfants dans 9 préventori-ums privés. Des centres étaient créés, en outre, pour les enfants sains menacés de contagion.

*CE QUE DEVRAIT ETRE L'ORGANISATION DE LA LUTTE
CONTRE LES MALADIES EVITABLES
DES NOURRISSONS EN FRANCE*

L'expérience de la France et des pays étrangers a démontré qu'il était possible de réduire la mortalité infantile en prévenant les maladies évitables, qui sont la cause de la majorité des décès des nourrissons.

Les examens médicaux pratiqués aux consultations de nourrissons et répétés à intervalles réguliers, l'enseignement donné aux mères par les infirmières-visiteuses se sont révélés les méthodes les plus efficaces de l'hygiène préventive.

Les consultations n'ont atteint, jusqu'ici, qu'un petit nombre d'enfants, qui sont amenés tard et irrégulièrement. Il est indispensable qu'une loi rende obligatoire la surveillance médicale, de même que l'instruction primaire a été imposée dans l'intérêt des enfants.

La surveillance médicale, *obligatoire* comme la vaccination et l'instruction primaire, devra, comme elles, être *gratuite* et organisée dans chaque commune, dans tous les quartiers des villes.

La proposition de MM. Strauss et Dron reconnaît, en établissant un carnet d'élevage (1), la nécessité de surveiller le

(1) Chaque enfant « doit être pourvu à sa naissance d'un carnet individuel d'élevage » (art. 3), qui contient les renseignements suivants : l'état civil, le mode d'élevage, le résultat des pesées et des visites périodiques, la date de la vaccination. Ce carnet doit être présenté au maire à la fin du premier mois, puis tous les trois mois et deux fois pendant la deuxième année.

développement de l'enfant. Cette mesure attirera l'attention des parents sur l'importance des examens médicaux répétés à intervalles réguliers, afin de savoir si la croissance est normale. L'examen permet de rectifier les erreurs de régime, de reconnaître et de faire traiter les troubles à leur début.

Une surveillance plus fréquente est prévue pour les enfants spécifiés à l'article premier :

Sont l'objet, jusqu'à l'âge de deux ans accomplis, d'une protection de l'autorité publique, ayant pour but de sauvegarder leur vie et leur santé, les enfants énumérés ci-après :

1° Les enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de leur père, mère ou tuteur légal ;

2° Les enfants dont la mère s'est placée comme nourrice ou a recueilli chez elle un autre enfant pour le nourrir ;

3° Les enfants secourus temporairement en exécution de l'article 3 de la loi du 27 juin 1904 et ceux dont la mère reçoit un secours public d'allaitement ;

4° Les enfants dont les mères sont bénéficiaires des dispositions de la loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches ;

5° Les enfants dont les parents ou un tuteur légal sont inscrits sur la liste de l'assistance médicale gratuite ;

6° D'une manière générale, les enfants dont les parents sont bénéficiaires de secours publics (hospitaliers, communaux, départementaux ou nationaux) ;

7° Ceux dont les parents ou l'un des deux en ont fait la demande au maire de leur résidence.

Cette protection devrait être étendue aux enfants illégitimes, comme on le fait en Allemagne, aux orphelins et aux enfants adoptés.

Tous ces enfants, sont, plus souvent que d'autres, mal soignés parce qu'ils sont élevés dans des milieux ignorants et pauvres ou séparés de leurs parents. L'Etat, les départements, les communes qui leur distribuent des secours ont le droit de s'assurer des soins qui leur sont donnés.

Il ne suffit pas de déclarer obligatoire la surveillance des enfants ; il faudra l'organiser afin qu'elle soit possible, et veiller à ce que les départements, les communes, les parents n'opposent pas une résistance passive à l'application de cette mesure, dont ils ne comprendront peut-être pas toute l'importance.

M. Velge rapporte comment la Belgique, après avoir constaté les difficultés rencontrées en France pour faire appliquer la loi Roussel, reconnut la nécessité de créer une Œuvre nationale et de lui confier l'application de la loi du 5 septembre 1919.

Il nous semble qu'un Office national analogue devrait être

constitué en France. Il aurait pour but d'aboutir rapidement à des réalisations pratiques, de poursuivre méthodiquement dans tous les départements l'organisation de la lutte contre la mortalité infantile. Son action commencerait dès la grossesse et se continuerait pendant les premières années de la vie. Il agirait par l'intermédiaire d'Offices départementaux chargés d'adapter la loi aux conditions locales.

L'Office national d'Hygiène maternelle et infantile se proposerait :

1° D'étudier les principales causes de la mortalité infantile dans les différentes régions, afin de leur apporter un traitement approprié ;

2° De veiller à la création, dans chaque département, d'un Office départemental ayant un rôle actif ;

3° De fournir aux Offices départementaux des documents, des plans, des devis ;

4° De faire de la propagande dans les journaux, d'éditer des brochures, des affiches, des cartes postales, qui seraient distribuées par l'intermédiaire des Comités départementaux. Il organiserait des conférences, des expositions : cette propagande a été entreprise avec succès aux Etats-Unis. Les méthodes américaines pourraient être étudiées avec profit.

5° Il pourrait être autorisé, comme l'Œuvre nationale belge, à recueillir des fonds par souscription ;

6° Il pourrait enfin stimuler les amours-propres locaux en publiant chaque année les résultats obtenus dans les différents départements, en promettant des primes. Dans le Palatinat, une prime est accordée aux sages-femmes qui obtiennent dans leur clientèle la plus forte proportion d'allaitement au sein. Une prime est promise à la ville anglaise qui aura le plus réduit la mortalité infantile comparativement à celle de l'année précédente.

L'organisation de la lutte contre les maladies évitables de la première enfance pourrait être calquée sur celle de la lutte contre la tuberculose en créant d'une part des dispensaires, d'autre part des centres où seraient hospitalisés les enfants et leur mère.

Les consultations de nourrissons seraient l'élément essentiel du *dispensaire d'hygiène maternelle et infantile* ; elles devraient être créées dans les différents quartiers des villes, dans toutes les communes. Une ou plusieurs infirmières-visiteuses seraient chargées des visites à domicile. Les dispensaires recevraient la notification des naissances de leur quartier, afin d'assurer la surveillance *précoce* de tous les enfants ;

ils seraient prévenus de l'arrivée des enfants placés en nourrice et des enfants assistés, pour lesquels ils exerceraient le contrôle prévu par la loi.

Tous les enfants groupés autour du dispensaire, dans un district plus ou moins étendu, seraient connus du médecin et de la visiteuse et facilement surveillés.

Une consultation de femmes enceintes serait annexée à celle des nourrissons, afin de commencer à protéger l'enfant avant la naissance. Et, suivant les régions, une distribution de lait et une cantine maternelle leur seraient rattachées.

C'est au dispensaire que, suivant l'exemple donné en Angleterre, pourraient être enseignées aux mères, aux nourrices, aux fillettes des écoles, des notions simples et pratiques de puériculture et d'hygiène ménagère.

Le médecin du dispensaire surveille le développement des enfants bien portants ; il guide et instruit les mères. Il dépiste les malades qu'il faut traiter et les cas sociaux qui doivent être secourus. Pour que l'action du dispensaire soit efficace, il faut pouvoir soigner les enfants malades, aider ou recueillir les enfants pauvres seuls ou avec leur mère. Chaque dispensaire doit être en relation avec un ensemble d'œuvres qui répondent aux cas les plus souvent signalés. Il faudrait créer à cet effet, dans chaque département, des *Centres d'assistance médicale et sociale aux mères et aux nourrissons* ; leur constitution dépendrait des nécessités reconnues dans la région, après avoir établi des statistiques détaillées indiquant le nombre moyen des naissances d'enfants illégitimes, des abandons et des placements en nourrice, le mode d'allaitement habituel, etc...

Les centres seraient créés à proximité d'une maternité et comprendraient *un asile pour femmes enceintes et pour mères nourrices, un abri-hôpital pour nourrissons*, analogue à l'Institut de Puériculture de Strasbourg, prévoyant une section pour débiles et pour hérédosyphilitiques, *un hôpital* pour soigner les nourrissons atteints d'affections fébriles ou contagieuses, des *centres d'élevage surveillés* pour placer les convalescents et des *laboratoires* qui exécuteraient les recherches demandées par les dispensaires. Suivant les régions, des *pouponnières* ou des *centres d'élevage pour enfants sains* pourraient être annexés à cet ensemble d'œuvres.

Les consultations de nourrissons dirigeraient les enfants vers les centres d'assistance maternelle et infantile, en transmettant leur dossier médical et social. Et les enfants traités dans les centres seraient, à leur départ, signalés à la consul-

tation de leur commune, afin qu'ils continuent à être surveillés et traités.

L'Office départemental se chargerait de constituer des fichiers d'aide et d'assistance sociale ; il veillerait à la création des dispensaires d'hygiène maternelle et infantile et des centres d'assistance médicale et sociale. Les dispensaires lui signaleraient les demandes d'assistance et les œuvres les places disponibles.

Les médecins des centres pourraient être recrutés au concours, comme ceux des dispensaires anti-tuberculeux ; les candidats devraient avoir fait des études d'obstétrique et de puériculture. Les médecins des consultations de nourrissons seraient choisis de préférence parmi ceux qui auraient fait des stages dans les œuvres de puériculture.

La création de dispensaires d'hygiène maternelle et infantile et de centres départementaux constitueraient dans toute la France un réseau d'œuvres permettant une action méthodique. C'est à eux que seraient signalés toutes les mères et les nourrissons ayant besoin d'aide.

L'initiative privée pourrait dès maintenant réaliser cette organisation en créant des consultations de nourrissons et en demandant l'union des œuvres qui existent déjà dans la plupart des départements.

Les Sociétés de Croix-Rouge qui ont, pendant la guerre, organisé des hôpitaux-modèles, dotés d'un personnel d'élite, se sont attachées depuis à la création d'œuvres de puériculture. Leur action pourrait, semble-t-il, être plus méthodique et persévérante qu'elle ne l'a été jusqu'ici. Elles pourraient constituer un corps bénévole de visiteuses d'hygiène maternelle et infantile qui connaîtraient l'importance de la mortalité infantile et les moyens d'y remédier.

Il faudrait faire une propagande active auprès de tous ceux qui sont susceptibles de collaborer, auprès des médecins, auprès de toutes les femmes.

Les résultats de la lutte contre la mortalité infantile dépendront des qualités des médecins et des visiteuses d'hygiène et de la façon dont ils sauront comprendre leur rôle. Un stage obligatoire de quelques mois dans une consultation de nourrissons démontrerait aux étudiants l'intérêt, les avantages de ces consultations et la simplicité de leur organisation.

Le rôle social de la femme auprès de la mère malheureuse et de son enfant n'est pas encore compris suffisamment. En attendant que des visiteuses d'hygiène maternelle et infantile existent en France dans toutes les communes, comme en

Angleterre, des femmes, et en particulier les femmes des médecins, pourraient instruire les nourrices et s'intéresser au sort des enfants placés en garde et des enfants abandonnés. Mais ce rôle ne peut s'improviser. Il faut apprendre des notions de puériculture et d'assistance sociale. Des cours théoriques et pratiques devraient être organisés dans les écoles, les lycées et cours de jeunes filles, afin que toutes les femmes connaissent l'importance du rôle qu'elles peuvent jouer et sachent organiser autour d'elles des œuvres de puériculture vraiment utiles.

M. Velge, après avoir rappelé que le Congrès d'Assistance publique de Copenhague (1910) a attiré l'attention sur le rôle de la femme dans la bienfaisance, conclut : « Il faut qu'à l'avenir, dans la constitution définitive de toutes nos institutions, il soit tenu compte de cette heureuse expérience et qu'une large part soit laissée au dévouement féminin. Une conséquence dérive naturellement de ce principe : il faut initier la jeunesse féminine aux devoirs sociaux de notre époque pour la préparer au rôle qu'elle aura à remplir dans la société contemporaine ; les sujets les plus importants de la vie publique et sociale, de l'hygiène, de la pédagogie, des soins à l'enfance doivent lui être familiers, ce qui ne peut être réalisé sans des réformes assez importantes de notre système éducatif. » (VELGE.)

CONCLUSIONS

I. — Les causes de la mortalité infantile, les facteurs qui l'influencent, sont importants à déterminer ; ils permettent seuls de fixer quels sont, dans chaque région, les réformes utiles et les secours nécessaires.

Les statistiques sont malheureusement publiées tard et beaucoup sont inutilisables. Le terme de mortalité infantile est appliqué indistinctement à des pourcentages calculés différemment et qui ne peuvent être comparés entre eux. Il n'est pas toujours tenu compte, dans l'appréciation des statistiques, du taux décroissant de la mortalité pendant les différents mois de la première année.

II. — La débilité congénitale, les affections gastro-intestinales et la broncho-pneumonie sont la cause de la plupart des décès des nourrissons ; elles laissent des tares chez ceux qui survivent. Ces affections peuvent être évitées dans la majorité des cas.

Les pays qui ont organisé une lutte méthodique contre les maladies évitables des nourrissons ont une mortalité infantile inférieure à celle de la France : 9,3 % (Etats-Unis, 1916-1920), 7,7 % (Angleterre, 1922), 4,84 % (Nouvelle-Zélande, 1918).

III. — La séparation de la mère et de son enfant, l'allaitement artificiel, les erreurs dans la conduite de l'allaitement et les fautes d'hygiène sont les facteurs les plus importants de la mortalité infantile ; ils reconnaissent deux causes principales : l'ignorance et la misère.

IV. — L'Assistance publique et les œuvres privées se proposent de remédier à la misère. L'insuffisance des secours, le petit nombre de places dont dispose chaque œuvre, le défaut de méthode ont contribué à limiter les effets de l'aide sociale.

Les secours accordés par les différentes lois sont insuffi-

sants ; ils devraient être beaucoup plus importants lorsque la mère élève son enfant, afin d'encourager et de permettre l'allaitement maternel ; ils ne devraient pas être réservés aux enfants que le père abandonne, mais accordés à tous les nécessiteux.

Les asiles maternels évitent la séparation de la mère et de l'enfant et l'allaitement artificiel ; leur nombre est actuellement insuffisant pour assurer un refuge à toutes les femmes qui le désirent.

Les crèches et les chambres d'allaitement, indispensables partout où des mères travaillent hors de chez elles, doivent être transformées de façon à ce qu'elles deviennent des écoles d'hygiène.

Trois modes de placement recueillent les « orphelins temporaires » : la nourrice isolée, la pouponnière et le centre d'élevage. Les pouponnières et les centres de placement familial surveillé sont encore peu nombreux en France. Il serait prématuré d'en préconiser systématiquement la généralisation. Le placement chez une nourrice isolée restera pendant longtemps, quels que soient ses défauts, le mode de placement usuel des 80.000 enfants qui sont « protégés » chaque année ; il faut améliorer leur surveillance.

La mortalité des enfants abandonnés est très élevée dans tous les pays. Celle des enfants assistés du département de la Seine âgés de moins d'un an a atteint 54 % pendant les quatre dernières années, de 1919 à 1922, si bien que l'abandon d'un enfant de moins d'un an à Paris équivaut à un infanticide dans une moitié des cas. Il faudrait avant tout diminuer le nombre des abandons. Si le père était obligé de contribuer à l'entretien de son enfant, comme en Suède, en Norvège, dans les pays germaniques et la plupart des états des Etats-Unis d'Amérique, il serait possible d'éviter les abandons auxquels la mère est conduite par la misère ; et l'Etat, déchargé d'une partie du soin des enfants illégitimes, pourrait distribuer des secours à tous les enfants pauvres.

Les salles réservées aux nourrissons hospitalisés seuls ou avec leurs mères dans les services de médecine, de chirurgie ou d'accouchements, devraient être divisées en boxes individuels et pourvues d'un système de ventilation permanente.

V. — La surveillance médicale des nourrissons doit être *obligatoire*, dans l'intérêt de l'enfant, comme la vaccination et l'instruction primaire ; elle doit être *gratuite* comme l'instruction et organisée dans chaque quartier des villes, dans toutes les communes.

L'expérience de la France et des pays étrangers a prouvé qu'elle devait être exercée par les médecins aux consultations de nourrissons et par les infirmières-visiteuses au domicile de la mère.

Une action *précoce*, commencée dès la naissance, est seule efficace. Il faudrait qu'un relevé des naissances du quartier ou de la commune soit communiqué aux œuvres chargées de la protection de l'enfance, comme en Angleterre et aux Etats-Unis. Il est même nécessaire que la surveillance débute pendant la grossesse et que les dispensaires associent une consultation prénatale à la consultation de nourrissons.

VI. — Une campagne très active a été entreprise depuis une vingtaine d'années dans les différents pays pour démontrer aux parents la nécessité des examens médicaux répétés et intéresser tous les milieux à la lutte contre les maladies évitables des nourrissons. Cette propagande a abouti à la création de bureaux d'hygiène de l'enfance, à la révision des lois qui protègent les mères et les enfants, plus spécialement les enfants séparés de leur mère et les enfants illégitimes.

VII. — La Belgique, témoin des difficultés rencontrées en France pour faire appliquer la loi Roussel, a confié à l'Œuvre nationale de l'Enfance l'application de la loi du 5 septembre 1919. Un Office national analogue devrait être chargé, en France, de préparer un programme de lutte contre les maladies évitables des nourrissons et de le réaliser.

VIII. — L'organisation de cette lutte pourrait être calquée sur celle de la lutte contre la tuberculose. Il suffirait de créer :

D'une part, des *dispensaires d'hygiène maternelle et infantile*, qui comprendraient une consultation de femmes enceintes, une consultation de nourrissons, une distribution de lait et une cantine maternelle ;

D'autre part, des *centres départementaux d'assistance médicale et sociale aux mères et aux nourrissons* qui pourraient grouper autour d'une maternité :

- 1° Un abri pour femmes enceintes et mères nourrices ;
- 2° Une pouponnière-hôpital pour nourrissons ;
- 3° Des centres de placement familial pour les convalescents ;
- 4° Un laboratoire.

BIBLIOGRAPHIE

I. — LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN GENERAL

1° EN FRANCE

- APERT : *Hygiène de l'Enfance* (Baillière, 1924).
- ARMAND-DELILLE : *L'Assistance sociale et ses moyens d'action* (Alcan, 1922).
- ARMAND-DELILLE : Organisation d'un service de surveillance de la santé des enfants au moyen des dispensaires d'hygiène sociale (*Arch. Méd. Enf.*, 1919, p. 587, et *Rev. Hyg.*, 1919, p. 606).
- ARMAND-DELILLE et BARBARIN : *La culture de l'Enfant* (Paris, 1922).
- BERTILLON : *La dépopulation de la France* (Alcan, 1911).
- BRINDEAU : La prophylaxie de la mortalité infantile (*Bull. méd.*, 1905, p. 786).
- BUDIN : L'allaitement (*Rev. scient.*, 1901, p. 737).
- BUNLE : La protection légale de la première enfance (*Bull. stat. gén. France*, t. X, p. 59).
- CANNET : La protection des enfants du premier âge en France (*Th. Paris*, 1912-1913, n° 273).
- COMBY, *Alimentation et Hygiène des Enfants* (Vigot, 1922).
- DREYER-DUFER : De la protection des enfants du premier âge (*Th. droit*, Paris, 1900).
- GOEPFERT : *Protection et assistance de la première enfance* (Baillière, 1904).
- GUILLON : Etat actuel de l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France (Conf. intern. de la tuberc., 1920).
- HERVIER : *Les Œuvres de l'Enfance à Lyon* (Paris, 1921).
- LALLEMAND : L'armement social d'un département (*Le Musée Social*, 1921, n° 4 ; *Rev. phil.*, 1920, p. 41 ; Rapport au Conseil général de la Seine-Inférieure, 1921 et 1922).
- MAMELLE (M^{lle}) : Quelques tendances nouvelles en puériculture (*Th. Paris*, 1920-1921, n° 420).
- MARFAN : L'assistance aux nourrissons des grandes villes (*Soc. péd.*, 20 mai 1913).
- MARFAN : La protection des enfants du premier âge (*Le Nourr.*, 1918, p. 257).
- MARFAN : *Traité de l'allaitement* (Masson, 1920, p. 859).
- MORNET : De la protection de la maternité en France (*Th. Paris*, 1909-1910, n° 2).
- MULON (M^{me}) et ROUËCHE : Hygiène sociale de la mère et de l'enfant (*Rev. Hyg.*, 1923, p. 914).
- NOBÉCOURT et SCHREIBER : *Hygiène sociale de l'enfance* (Masson, 1921).
- OTT : Les réalisations d'hygiène sociale de la Seine-Inférieure, 1921, 1922 et 1923 (Rapports présentés au Conseil général).
- PINARD : De la protection de l'enfance dans le camp retranché de Paris (*Bull. Ac., méd.*, 1915, 1916, 1917).
- PINESSE : La protection toulousaine de l'enfance (*Th. Toul.*, 1920-1921, n° 60).
- POTELLET : Quelques causes importantes de dépopulation (*Rev. hyg. et pol. sanit.*, 1909, p. 1303).

- POUDENSAN (M^{lle}) : De la puériculture à Bordeaux (*Th. Bord.*, 1921-1922, n° 159).
- RENAULT (Jules) et LABEAUME (M^{lle}) : Hygiène collective de l'enfance (*Traité de Pathol. méd. et de Thér. appl.*, t. XXIV, p. 153).
- RIBADEAU-DUMAS : L'association « Les Amis des Hôpitaux d'Enfants » (*Paris méd.*, 1923, n° 44).
- RIVET : La puériculture ; étude critique (*Th. Paris*, 1913-1914, n° 61).
- ROCAZ : Puériculture post-natale (3^e Congr. nat. Bord., 1921).
- ROHMER et WILSDORF : La lutte contre la mortalité infantile en Alsace (Cong. All. hyg. soc., Strasbourg, 1923).
- ROLLET : La protection de l'enfance en France (Congr. Brux., 1921).
- SCHREIBER : L'armement français contre la mortalité infantile (*Paris méd.*, 1912, n° 46, p. 458).
- SELLIER et ROUSSEL : *L'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine* (Paris, 1920).
- SERGENT (Henri) : *La Protection des enfants du premier âge* (Steinheil, 1907).
- Société de Saint-Vincent-de-Paul : *Manuel pratique des lois sociales et ouvrières* (Beauchesne, 1918).
- STRAUSS : *Depopulation et Puériculture* (Paris, 1901).
- STRAUSS : *Assistance sociale : Pauvres et Mendiants*.
- STRAUSS : *L'Enfance malheureuse* (Paris, 1900).
- VARIOT : *Puériculture pratique*, 1921.

2° A L'ÉTRANGER

- ABBOTT GRACE (Miss) : Administration of the Sheppard Towner Act. (*Am. Ch. Hyg. Ass.*, 1922.)
- ALLARIA : Centres surveillés d'élevage des nourrissons en Italie (*Bul. intern. prot. Enf.*, 1923, p. 169).
- Am. Child. Health Ass. : List of references on child health (*Moth. and child*, avril 1923).
- Am. Child. Health Ass. : Publications et Rapports des Assemblées annuelles.
- Am. red Cross : Maternity and child health work in England (*Child health series*, br. n° 8).
- ARMAND-DELILLE : La lutte contre la mortalité infantile aux Etats-Unis (*Rev. phil.*, 1919, p. 40, et *Arch. Méd. Enf.*, 1919, n° 1).
- ARNOLD MARY (Miss) : The children's Welfare federation of New-York City (*Moth. and ch.*, 1922, p. 502).
- AVIRAGNET et DORLENCOURT : A propos de quelques Œuvres allemandes de la protection de l'Enfance (*Paris méd.*, déc. 1912).
- BAKER (Joséphine) (Miss) : Municipal child bureau (Conf. on Inf. Hyg., Philadelphie, 1912).
- BERNARD (Léon) : Organisation de l'hygiène publique en Angleterre (*Paris méd.*, 1922, n° 46).
- BROWN (W.-H.) : *State child health work* (*Moth. and ch.* 1922, p. 117).
- BRUN (L.-Ch.) : Protection de l'Enfance au Danemark (Congr. int. prot. Enf., Brux., 1921).
- BURRIT (B.) : Adaptation of the child hygiene program to local conditions (*Am. ch. hyg. Ass.*, 13^e Ass. Ann., Washington, 1922).
- CAMPBELL JANET : Protection de l'Enfance en Grande-Bretagne (Congr. Brux., 1921).
- CLAP (Raymond) : Methods of raising money (*Am. Ch. Hyg. Ass.*, Washington, 1922).
- Committee on the Hospital and Health Survey of Cleveland (Report of the), 1919.
- DEVINE (Edward) : *Social Work* (New-York, 1922).
- ESPINE (D') et REH (Th.) : L'hygiène infantile en Suisse au point de vue social (Congr. Ass. péd. de langue franc., Paris, 1922).
- FRICKHINGER (K.) : Zum Entwurf des Reichs-Jugendwohlfahrtsgesetzes (*Mün. Med. Woch.*, 1921, p. 1591).

- HERBERT HOOVER : A Program for American Children (*Am. Ch. Hyg. Ass.*, Saint-Louis, 1920).
- JOHANNESEN (A.) : Protection de l'enfance en Norvège (Congr. Brux., 1921).
- LANE CLAYPON : *Child welfare movement* (London, 1920).
- LASVIGNES (H.) : *Essai d'assistance comparée* (Paris, 1911).
- LEVOZ : *Protection de l'Enfance en Belgique* (1912).
- LINDERS (J.) : Prot. de l'Enfance en Suède (Congr. Brux., 1921).
- LUNDBERG (Emma) : County Organisation for Child Care and Protection, 1922 (U. S., Children's Bureau, public. n° 107).
- MAC MURCHY (Helen) : *Handbook of Child Welfare Work in Canada* (Ottawa, 1922), et Rap. Congr. Brux., 1921.
- MACQUET : La protection de l'Enfance en Belgique (Congr. Brux., 1921, t. III, p. 455).
- MARCH (Lucien) : L'organisation de l'Hygiène publique aux Etats-Unis (*Paris méd.*, 1922, n° 46).
- MEYERE (DE) : Prot. de l'Enfance aux Pays-Bas (Congr. Brux., 1921).
- MITCHELL (Mme) : Protection de l'Enfance aux Etats-Unis (Congr. Brux., 1921).
- Mother-Craft, *National league for Health Maternity and Child Welfare* (Londres, 1919).
- MUENSTERBERG : *Bibliographie charitable* (Berlin, 1900).
- MULON (Mme) : Protection de la Maternité (*Rev. phil.*, 1920, p. 422).
- MUTEAU et MARESCAL : *Principales lois italiennes en vigueur sur l'Assistance et la Bienfaisance* (1906).
- NEWSHOLME (A.) : *British Organisation* (U. S. Children's bureau, public. n° 60, p. 269).
- NEWSHOLME (A.) : Annoted subject index on Maternity and child welfare work in England and Scotland.
- PEYROT (J.) : La mortalité infantile et ses remèdes dans le Palatinat (*Arch. Méd. Enf.*, 1920, p. 457).
- PITT (W.-O.) : Programmes de puériculture (*Rev. intern. Hyg. pub.*, 1921).
- POLA FALETTI DI VILLA FALETTI : *Protection de l'Enfance en Italie* (Congr. Brux., 1921).
- PORTER (Ch.) : *The future citizen and his mother* (London, 1918).
- RAVENEL : *A Half century of public health* (New-York, 1921).
- ROBERTSON (John) : *The special responsibilities of sanitary authorities in regard to infant welfare* (Nat. conf. on Infant Mortality, Liverpool, 1914).
- RUPERT BLUE : La protection de l'enfance dans les Etats-Unis d'Amérique (*Bull. Off. intern. Hyg. publ.*, 1923, n° 1).
- SALOMON (Alice) : Child care in Germany (*The Survey*, 1922, p. 603).
- SAND : *L'Organisation industrielle, l'Hygiène sociale et l'Education civique en Angleterre et aux Etats-Unis* (Baillièrre, 1920).
- SCHREIBER : La protection des Nourrissons à Berlin (*Presse méd.*, 1911, n°s 89, 93 et 94).
- SILBERNAGEL : Mesures prises en Suisse pour la protection morale de l'enfant (Congr. Brux., 1921, t. II, p. 357).
- SLINGERLAND : *Child Welfare Work in Pennsylvania* (New-York, 1915).
- SMITH (R. U.) : *What needs to be done for the pre-school child* (*Mot. and Ch.* 1922, p. 545).
- SMITH DONALD : La Ligue du général Mannerheim pour la protection de l'Enfance en Finlande (*Bull. intern. prot. Enf.*, 1922, p. 356).
- STRONG (Miss) : Child welfare exhibit, U. S. Children's Bureau, 1915 (public. n° 14).
- TUGENDREICH (G.) : *Zwölf Jahre Gesundheitlicher Kleinkinderfürsorge* (Klin. Woch. 1922, p. 1515).
- U. S. Children's Bureau : Rapports annuels et publications.
- U. S. Children's Bureau : Baby week Campaigns, 1915 (public. n° 15).
- U. S. Children's Bureau : Standards Child welfare, 1919 (public. n° 60).
- U. S. Children's Bureau : The Child welfare special, 1920 (public. n° 69).
- VELGE : *La protection de l'Enfance en Belgique* (Brux., 1919).

- VELGE : Rapport au 2^e Congr. intern. prot. Enf. (Brux., 1921).
WITTE (DE) : Le mouvement social d'après-guerre en faveur de l'enfance dans les différents pays (*Rev. phil.*, 1923, 15 juillet).
WOODBURY (Robert) : Infant mortality and preventive work in New-Zealand (U. S. Children's Bureau, 1922, publ. n° 105).

II. — LA MORTALITE INFANTILE

- ASHBY (H.-T.) : *Infant Mortality* (Cambridge, 1915).
BALESTRE : La Mortalité infantile à Nice, 1887-1904 (*Th. Lyon*, 1904-1905, n° 151).
BALESTRE et GILLETTA de Saint-Joseph : *Etude sur la Mortalité de la première enfance, 1892-1897* (Doin, 1901).
BERTILLON : De la mortalité des enfants « protégés » et de celle des enfants assistés (*Rev. phil.*, t. XVII, p. 1).
BOISSERIE-LACROIX : Etude statistique de la mortalité des enfants du premier âge à Bordeaux (*J. méd., Bord.*, 1922, p. 415).
BOISSERIE-LACROIX : La lutte contre la Mortalité infantile à Bordeaux (*J. méd. Bord.*, 1923, p. 713).
BOUBE : De la mortalité dans les dix premiers jours de la vie (*Th. Paris*, 1908-1909, n° 375).
BRETON, PONCET, DUCAMP et VANVERTS : La Mortalité infantile à Lille pendant l'occupation allemande (*Le Nourr.*, 1919, p. 271).
BRIAN : Organisation d'une Maternité au Creusot (*Rev. Hyg.*, 1922, p. 375).
BUDIN : La Mortalité infantile de 0 à 1 an (*L'Obst.*, 1903, p. 1, et *Rev. phil.*, 1903, p. 1).
BUDIN : La ville de Paris et la Mortalité infantile (*Rev. phil.*, 10 fév. 1904).
BUDIN : La Mortalité infantile dans les Bouches-du-Rhône (*Rev. phil.*, t. XX, p. 549).
BUDIN : Les moyens de combattre la Mortalité infantile (*Rev. phil.*, t. X, p. 257).
CALMETTE : Conditions sanitaires de la ville de Lille pendant l'occupation allemande (*Bul. Ac. méd.*, 1919, p. 120).
CARRIÈRE (G.) : La Mortalité infantile (*Gaz. Hôp.*, 1905, pp. 1263 et 1275).
CHALMERS (A.-K.) : Antenatal Hygiene and its Relations to Mortality in the first Month of life (Nat. Conf. on inf. Mort., Liverpool, 1914).
CHAMBRELENT : La Mortalité infantile à Bordeaux pendant la guerre (*J. méd. Bord.*, 1919, p. 240).
CHARRONDIÈRE (M^{lle}) : Le travail professionnel de la femme et la natalité (Congr. Nat., Rouen, 1920).
COMBE : Précis d'Hygiène infantile et de Puériculture (Baillière, 1918).
COUVELAIRE : La mortalité des enfants du premier âge (*Rev. Hyg.*, 1921, p. 31).
COUVELAIRE : La Mortinatalité (*Presse méd.*, 19 nov. 1921).
CRUVEILHIER (Louis) : La Mortalité infantile à la campagne (*Rev. phil.*, t. XXX, p. 7).
CRUVEILHIER (Louis) : Mortalité infantile et taudis (*Le Nourr.*, 1913, p. 274).
DAUTRY : L'augmentation de la natalité et la cité-jardin de Tergnier (*Rev. Hyg.*, 1922, p. 392).
DELAIR : Mortalité infantile à Paris en 1913 et 1920 (Rap. à la Com. dép. de la Nat.).
DESCHAMPS : Dépopulation de la France : Mortalité infantile (*Th. Paris*, 1911, n° 344).
FILLASSIER et JUILLERAT : La Mortalité infantile dans les différents quartiers de Paris et le logement (*Rev. phil.*, 1916, p. 321).
FILLASSIER et JUILLERAT : Dix années de mortalité parisienne chez les enfants de 0 à 14 ans (*Rev. phil.*, t. XXXV, p. 148).
GIRARD et BORDAS : Le lait et la Mortalité infantile dans les principales villes de France (*Ann. hyg. pub.*, août 1902).

- HUGHES (Elisabeth) : Infant. mortality (*U. S. Children's Bureau*, public. n° 112, Washington, 1923).
- HUSSON : Discours sur la mortalité des jeunes enfants (Baillière, 1866).
- LEFAS : Rap. au premier Congrès des Commissions départementales de la Natalité, 1921.
- LEROY (André) : La Mortalité infantile dans la Sarthe (*Th. Paris*, 1922, n° 279).
- LESAGE : L'enfant de l'ouvrière d'usine et la Mortalité infantile (*Paris. méd.*, 1917, n° 5).
- LESAGE : La lutte contre la mortalité des premiers jours et la mortalité (Congr. int. prot. enf., Brux., 1921).
- LÉVY (A.) : De la mortalité des enfants illégitimes (*Rev. phil.*, t. XXVI, p. 432 ; t. XXVII, p. 151 ; t. XXIX, p. 304).
- LULING : Mortalité des nourrissons en rapport avec la modalité de leur alimentation (*Th. Paris*, 1900-1901, n° 17).
- MARCH (Lucien) : Uniformisation des bases de la statistique de la Mortalité infantile (1^{er} Congr. int. prot. enf., Brux., 1913).
- MONORY : Etude sur la Mortalité infantile (*Th. Paris*, 1905-1906, n° 265).
- NEWSHOLME (A.) : *Mortality in the first Month after Birth and Possibilities of its reduction* (*National Health*, 1922, p. 4).
- NOBÉCOURT et SCHREIBER : Natalité et Mortalité infantile (*Arch. méd. enf.*, 1920, pp. 385 et 474).
- PALMER (G.-T.) : Infant mortality in 1922 (*Mother and Child*, 1923, p. 357).
- ROTSCHILD : La mortalité par gastro-entérite chez les enfants âgés de 0 à 1 an à Paris (*Bul. méd.*, fév. 1900).
- STRAUSS : Les causes de la mortalité (*Rev. phil.*, t. XXXI, pp. 96 et 225).
- TURQUAN : La mortalité des enfants assistés (*Rev. phil.*, t. XX, p. 10).
- VAN INGEN (Philip) : Mortalité infantile aux Etats-Unis (*Mot. and ch.*, 1923, pp. 168 et 365).
- VARIOT : *Traité d'hygiène infantile* (Doin, 1910).
- VITREY : Contribution à l'étude de la Mortalité infantile en rapport avec le mode d'allaitement (*Th. Lyon*, 1906-1907, n° 92).

III. — L'ASSISTANCE MATERNELLE

- BERNARD (Léon) : Les Maisons maternelles (*Bul. Ac. méd.*, 1922).
- BÉROT-BERGER (M^{me}) : Les Mutualités maternelles (Congr. Œuv. Ass. soc., Paris, 1921).
- BONNAIRE : La Mutualité maternelle (*Rev. phil.*, t. XXVII, p. 245).
- BOSC : La Maison maternelle de l'hôpital de Tours (*Ac. méd.*, 4 nov. 1919, 14 fév. 1922 ; *Presse méd.*, 1922).
- CAHEN : Les Cantines maternelles (*Rev. phil.*, t. XXXIV, p. 423).
- CLÉTIEZ : Les Cantines maternelles (*Th. Paris*, 1911-1912, n° 108).
- DOISY : Les Maisons maternelles (*Th. Paris*, 1922, n° 238).
- GOURWITCH (M^{lle}) : Les Cantines maternelles (*Th. Paris*, 1909-1910, n° 124).
- HOCQUART DE TURTOT (C^{esse}) et SCHREIBER : Asiles pour mères nourrices (Congr. intern. prot. enf., Paris, 1922).
- LAMALLE : Œuvre des mères et tout-petits de Liège (Congr. intern. prot. enf., Paris, 1922).
- MERLIN (F.) : L'organisation sanitaire rurale (*Rev. hyg.*, 1922, p. 541).
- NOBÉCOURT : Les Asiles maternels de Paris. Leur insuffisance (*Presse méd.*, 1920, n° 44).
- OFFICE DU TRAVAIL : Enquêtes sur le travail à domicile, 1907 à 1914.
- PONSOLLE (M^{lle}) : De l'organisation d'un centre départemental de Puériculture (Angers) (*Th. Paris*, 1922, n° 236).
- SIEGFRIED (M^{me}) : Les Cantines maternelles (Congr. instit. Ass. soc., Paris, 1921).
- THOMPSON L.-A. (Miss) : Laws relating to « Mothers' pensions » in the United States, Canada, Denmark and New Zealand (*U. S. Children's bureau*, public. n° 63, 1919).
- TROUETTE : Les Mutualités maternelles (*Th. Paris*, 1906-1907).

IV. — CRECHES. CHAMBRES D'ALLAITEMENT

- APERT : Le Travail féminin dans les usines de guerre et la dépopulation (*Le Nourr.*, 1917, p. 153).
- ARMAND-DELILLE : Les Crèches (chambres d'allaitement) pour le personnel dans les hôpitaux de Paris (*Bull. Soc. Méd. hôp.*, 1924, p. 55).
- BAKER J. (Miss) : Day Nursery standarts (*U. S. Children's bureau*, public. n° 60, p. 219).
- BALAY : La Société de la Natalité lyonnaise (Congr. Nat. Bord., 1921).
- BÉON (H.) : Contribution à l'étude de la Crèche (*Th. Paris*, 1917-1918, n° 87).
- BOUQUET (H.) : *La Puériculture sociale* (Paris, 1911).
- BUÉ : Les Crèches (*Presse méd.*, 1905, pp. 269, 473, 825).
- Bulletin du Ministère du Travail* : Enquête sur les Crèches (août, 1917).
- Bulletin des Usines de guerre* : La Chambre d'allaitement dans les usines (18 juin 1917).
- CHAILLLOU : *Hygiène générale d'une Crèche* (Paris, 1908 ; *La Clin.*, 1907, p. 57, et 1908, p. 200).
- CHATIN : L'Œuvre de la Natalité lyonnaise (Congr. Nat. Rouen 1920, Bord. 1921).
- CLÉRET-ALBESSART (Mme) : La Protection de l'enfant dans les centres ouvriers (*Th. Paris*, 1917-1918, n° 74).
- Correspondance des Œuvres (La)* : La Protection de l'enfant de l'ouvrière d'usine (1921, n° 144, p. 179).
- DESWARTE : Les Crèches (*Th. Paris.*, 1905-1906, n° 339).
- FELHOEN : De l'Élevage du nourrisson dont la mère travaille à l'usine (*Rev. phil.*, avril-mai 1914 ; *Le Nourr.*, 1913, p. 224).
- GÉVIN-CASSAL (Mme) : L'Assistance maternelle aux travailleuses des usines (*Rev. phil.*, 1920, p. 67).
- LESAGE : La Chambre d'allaitement dans les usines et les magasins (*Rev. phil.*, 1914, p. 8 ; 1917, p. 122).
- LESAGE : L'Enfant de l'ouvrière d'usine (*Rev. phil.*, 1917, p. 24).
- LETELLIER (Mme) : La Protection de l'ouvrière (Congr. intern. prot. enf., Paris, 1922).
- LEVESQUE : Les Crèches industrielles (*Th. Lille*, 1904-1905, n° 16).
- LEVY-SOLAL : La Protection de l'ouvrière enceinte ou nourrice (1^{er} Congr. Ass. Gyn. et Obst. de langue franç., Brux., 1919).
- MAISONNEUVE (DE) : Les institutions sociales en faveur des ouvrières d'usines (*Th. Droit Paris*, 1923).
- MARBEAU (F.) : *Manuel des Crèches* (Paris, 1909).
- MULON (Mme) : Les Chambres d'allaitement (*Rev. phil.* 1919, p. 60, et Congrès instit. Ass. soc., Paris, 1921).
- MULON (Mme) : Enquête sur 89 crèches françaises (*Rev. Hyg. et pol. sanit.*, 1923, p. 585).
- RENAULT (J.), GAYET et MICHEL : Une année de fonctionnement d'une crèche hospitalière (*Le Nourr.*, 1923).
- THÉVENIN : Histoire de l'institution des crèches (*Th. Paris*, 1906-1907, n° 413).
- WIELAND (de Bâle) : Amélioration des crèches (*Bull. intern. prot. enf.*, 1923, n° 18).

V. — LE PLACEMENT CHEZ UNE NOURRICE ISOLEE

- ACADÉMIE DE MÉDECINE : Rapports présentés chaque année au nom de la Commission Permanente de l'Hygiène de l'Enfance.
- ACHARD : Rapport sur la revision de la loi Roussel (*Bul. Ac. Méd.*, 1913, t. I, p. 358).
- AVIRAGNET : Contrôle de l'élevage des nourrissons (*Le Nourr.*, 1913, p. 21).
- ARMAND-DELILLE : L'insuffisance de la loi Roussel et le rôle des centres d'élevage (*Rev. phil.*, 1922, p. 297).

- BARTHÈS : Dans quel sens faut-il reviser la loi Roussel ? (*Rev. phil.*, t. XVIII, p. 534).
- BLOT : Rapport de la Commission de la mortalité des nourrissons (*Bul. Ac. Méd.*, 1869, pp. 254 et 1120).
- BROCHARD : *De l'industrie nourricière* (1866).
- BOUCHARDAT : De l'excessive mortalité des enfants ; ses causes ; ses remèdes (*Bul. Ac. Méd.*, 1880, p. 867).
- BUDIN : *Manuel pratique d'allaitement* (Doin, 1907).
- COUFFON (O.) : Contribution à l'étude de la protection des nourrissons en France (*Th. Paris*, 1909-1910, n° 238).
- HUSSON : La mortalité des jeunes enfants (*Bul. Ac. méd.*, 1866, p. 89 ; et 1869, pp. 917 et 992).
- LABBÉ (Raoul) : Modifications à apporter à la loi Roussel (*Soc. péd.*, 20 mai 1919).
- LEMAIRE (Albert) : Mesures propres à protéger l'enfant mis en garde (1^{er} Congr. intern. prot. enf., Brux., 1913).
- LAGNEAU (*Bul. Ac. méd.*, 1878, 1885, 1890, 1896).
- LÉDÉ (F.) : Nourrices et nourrissons (*Rev. Hyg.*, 1922, p. 568).
- LÉDÉ : La protection des enfants du premier âge et les budgets départementaux (*Jour. soc. stat. Paris*, nov.-déc. 1922, janv.-fév. 1923).
- LONDE : Considérations sur les avantages et les imperfections de la loi Roussel (*Rev. phil.*, 1907, pp. 475 et 486).
- LOP : Projet de modification de la loi Roussel (*Bul. Méd.* 1902, p. 504).
- MARFAN : La revision de la loi Roussel à l'Académie de Médecine (*Le Nourr.*, 1915, n° 2 ; 1917, p. 39 ; 1919, p. 32 ; 1920, p. 226).
- MÉRY : Rapport annuel (*Bul. Ac. Méd.*, 1922, p. 547).
- MONOT : *Sur l'industrie des nourrices et la mortalité des petits enfants* (1867).
- PATERNE : La loi Roussel (*Rev. phil.*, t. XXXIII, p. 17).
- PORAK : Du degré de l'efficacité de la loi Roussel (*Bul. Ac. Méd.*, 1902, t. II, p. 668, et 1903, t. II, p. 349).
- RENAULT (Jules) : Le placement chez une nourrice isolée (Ligue contre la Mortalité infantile, 1920).
- RENAULT (Jules) et LABEAUME (M^{lle}) : Les Orphelins temporaires (*Rev. Hyg.*, 1924).
- RITSEMA D'ECK : La lutte contre la mortalité infantile dans ses rapports avec la loi Roussel (*Th. Paris*, 1918-1919, n° 103).
- ROUSSEL (Th.) : Sur la dépopulation de la France (*Bul. Ac. Méd.*, 1890, t. II, p. 745).
- SORRE : Des modifications à apporter à la loi Roussel (*Th. Paris*, 1902-1903, n° 228).
- STRAUSS : Proposition de loi (*J. Off.*, 1918, annexe 542, p. 798 [Sénat]).
- STRAUSS : Rapport (*J. Off.*, 1921 [Sénat], Doc. parl., ann. 393, p. 834).
- VEIL-PICARD (M^{me}) : *Protection de l'enfant mis en garde ou en nourrice* (1^{er} Congr. intern. prot. enf., Brux., 1913).
- VEIL-PICARD (M^{me}) et SERGENT : La loi Roussel (*Rev. phil.*, t. XXXIII, p. 417).
- VIDAL : Examen d'un projet de revision de la loi Roussel (*Bul. Ac. Méd.*, 1908, t. I., p. 355).
- VIDAL : Les résultats d'un essai cantonal de puériculture (*Bul. Ac. Méd.*, 19 déc. 1911, et 1920, p. 143).
- WALLICH : Rapport annuel (*Bull. Ac. Méd.* 1923, p. 342, et discussion, 1924, pp. 28, 116, 146, 278).

VI. — LES POUPONNIERES

- CORDIER : Elevage des nourrissons en commun (Congr. intern. prot. enf., Paris, 1922).
- COUDEREAU : *Projet d'une fondation municipale pour l'Elevage normal de la Première Enfance* (Paris, 1875).

- FRIEDBERG : Protection des nourrissons contre l'infection et la cachexie hospitalières (*Deut. Med. Zeitsch.*, septembre 1921).
HEUCQUEVILLE (D^r) : *Les Pouponnières* (Maloine, 1922).
LAMAZE : Centre d'hygiène infantile de Neuilly-sur-Seine (*Ann. hyg. pub. industr. et soc.*, 1923, p. 339).
MÉRY : Le fonctionnement de l'Asile des débiles de Médan pendant la guerre (*Le Nourr.*, 1919, p. 65).
PÉRALDI : Du rôle des Pouponnières dans la lutte contre la Mortalité infantile (*Th. Paris*, 1908-1909, n° 336).
QUINO-MENDÈS : L'Œuvre Maraini à Rome (Congr. intern. prot. mat. inf., Paris, 1922).
RAIMONDI : *Puériculture et Pouponnières* (Baillière, 1913).
THÉROUDE : L'Élevage des nourrissons en commun (Congr. intern. prot. mat. inf., Paris, 1922).
VALLÉE : Etat actuel des Pouponnières et Asiles de débiles de Médan (*Th. Paris*, 1919-1920, n° 183).
VARIOT : *Les Pouponnières* (Davy, 1916).
WALLICH : *La Pouponnière* (Masson, 1920 ; *Rev. phil.*, 1920, pp. 209 et 288 ; *Bul. Ac. Méd.*, 1924).

VII. — LE PLACEMENT FAMILIAL SURVEILLE

- ARMAND-DELILLE : Le rôle des centres d'Élevage dans la lutte contre la Mortalité infantile (*Le Nourr.*, 1919, p. 166 ; *Rev. phil.*, 1922, p. 297).
BACKER (de) : Les villages d'enfants en Angleterre (D^r Barnado's homes) (*Rev. phil.*, 1917, p. 136).
BERNARD (Léon) : La préservation de la première Enfance contre la tuberculose par le placement familial (*Rev. de la Tub.*, 1922, n° 1).
BERNARD (Léon) : Le placement familial des nourrissons issus de tuberculeux (*Ac. Méd.*, 5 oct. 1920 ; *Rev. Hyg.*, 1921, p. 1038 ; *Paris méd.*, 1922, n° 7).
COMBY : Le placement familial des tout-petits (*Arch. méd. enf.*, 1923, n° 4).
DUBOST (M^{me}), BLECHMANN et FRANÇOIS : Le centre rural d'Élevage et de Prophylaxie antituberculeuse pour nourrissons de Mainville-Draveil (*Bul. Ac. Méd.*, 1922, p. 72).
DUCOUDRÉ : L'Œuvre du placement familial des tout-petits (*Th. Paris*, 1922, n° 277).
GRANCHER : Œuvre de préservation de l'Enfance contre la tuberculose (*Bul. méd.*, 1903, p. 921).
GUINON : Centres d'élevage de nourrissons pour enfants privés du sein (*Paris méd.*, 4 nov. 1922, et *Bul. Soc. Ped.*, 1922, p. 210).
MÉRY : Les centres d'élevage (Ligue contre la Mortalité infantile, 1920, et *Bul. méd.*, 1920, p. 531).
MÉRY et RIBADEAU-DUMAS : Élevage des nourrissons en dehors de la famille (Cong. péd. lang. franç., juillet 1922).
URSEL (M^{lle} D^r) : Rapport au 2^e Congr. intern. prot. enf., Brux., 1921.
VEIL-PICARD (M^{me}) : Rapport au 2^e Congr. intern. prot. enf., Brux., 1921.
ZIMMERM (M^{me}) : Les centres surveillés d'élevage du nourrisson (*Bul. intern. prot. enf.*, 1923, n° 13, p. 199).

VIII. — LES ENFANTS ABANDONNES

- ALCINDOR : Les Enfants assistés (Paris, 1912).
ARNOLD (Miss) : Problem of illegitimacy (*Am. Ch. Hyg. Ass.*, 1920).
CASSOUTE : L'Aide maternelle de l'hospice des Enfants assistés des Bouches-du-Rhône (C. int. prot. enf., Paris, 1922).

- CONSTANTIN (A.) et RONDEL (M.) : Organisation et fonctionnement du service des Enfants assistés. Rapports de l'inspection générale (*Rev. phil.*, t. XXXI, p. 496).
- COMMANDEUR : La Nourricerie départementale du Rhône (*Le Nourr.*, 1923, p. 164).
- DEROIN, GORY et WORMS : *Traité théorique et pratique d'assistance publique* (Supplément).
- DUGUIT : La loi du 27 juin 1904 et la prime à l'abandon de l'enfant (*Rev. polit. et parl.*, 10 oct. 1922).
- EMELYN PECK : Justice for the fatherless child (*The Survey*, 1923, p. 236).
- HUTINEL : La syphilis héréditaire ; sa prophylaxie dans les services des Enfants assistés (*Le Nourr.*, 1923, p. 209).
- KAHN-MARINO (Mme) : Les lois locales de protection de l'enfant illégitime en Alsace-Lorraine (*Rev. Enf.*, 1922, p. 247).
- LAFABRÈGUE : Les Enfants assistés en France (*Ann. de démogr. internat.*).
- LAGNEAU : Remarques sur la mortalité et la natalité des enfants naturels (*Bul. Ac. Méd.*, 1878, p. 870).
- LALLEMAND : *Histoire des enfants abandonnés et délaissés* (Paris, 1885).
- LALLEMAND : *La question des enfants abandonnés et délaissés au XIX^e siècle* (Paris, 1885).
- LAROCHEFOUCAULT-LIANCOURT : *Rapport du Comité de Mendicité*, 1790.
- LENOIR : *Régime actuel des Enfants assistés* (Paris, 1917).
- LEREBOULLET : L'hospice des Enfants assistés, 1638-1911 (*Paris méd.*, 1911).
- LESNÉ et RICHTER : Organisation de l'hospice des Enfants assistés à Stockholm (*Arch. méd. enf.*, 1914, p. 285).
- LETTICE (M^{rs}) : Minnesota children's Code (*Am. ch. hyg. Ass.*, 1920).
- MENSI : L'assistance aux enfants illégitimes (*Le Nourr.*, 1921, p. 161).
- MONIEZ (M^{lle}) : Le service des Enfants assistés (*Rev. phil.*, t. XII, p. 1).
- NOBECOURT et SCHREIBER : Les enfants assistés et abandonnés (*Rev. phil.*, 1921, p. 317).
- SCHREIBER (Adèle) : Status of the Illegitimate child in Germany (*Mat. and Ch. welf.*, Janv. 1923).
- TISELIUS (M.) : Les enfants illégitimes (Congr. Brux., 1921, t. III, p. 250).
- U. S. Children's Bureau : Lois sur l'illégitimité aux Etats-Unis (Public. n^{os} 42, 62, 66, 74, 75 et 77).
- WIESENER : Les enfants illégitimes (Congr. Brux., 1921, t. III, p. 254).
- ZOLTAN DE BOSNYAK et EDELSHEIM-GYULAI : *Le droit de l'enfant abandonné et le système hongrois de protection de l'enfance* (Budapest, 1909).

IX. — LES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS

- ALEXANDRE : Consultation de nourrissons et Goutte de lait d'Arques (*Th. Paris*, 1907-08, n^o 93).
- Am. Child. Hyg. Ass. : Suggestions for the organisation of Baby Saving Work, 1909.
- AUSSET : Le Bilan des Consultations de nourrissons et des Gouttes de lait (*Rev. phil.*, 1909, pp. 406 et 564).
- AUSSET : Rapport au 2^e Congr. intern. prot. enf. (Brux., 1921).
- BORREMANS-PONTHIÈRE : Les Consultations de nourrissons (4^e Congr. Prot. mat. et inf., Paris, 1922).
- BRESSET : Les Consultations de nourrissons et l'allaitement maternel (*Ann. Gyn.*, 1902, p. 413).
- BRODIE (G.-M.) : The Scope, Staffing and Administration of Maternity and Child welfare centres (*Mat. and. ch. welf.*, 1923, p. 319).
- BUDIN : L'Allaitement (*Rev. scient.*, 15 juin 1901).
- BUDIN : Les Consultations de nourrissons (*Bul. Ac. méd.*, 1899, t. II, p. 194, et 1906, t. I, p. 652 ; *Le Nourrisson* [Doin, 1900]).

- BUÉ : Comment installer une Consultation de nourrissons à la ville et à la campagne (*Pres. Méd.*, 23 août 1905).
- CHAIGNON : Organisation des Consultations de nourrissons à la campagne (*Th. Paris*, 1907-1908, n° 246).
- CHAMPENDAL (M^{lle}) : La Goutte de lait de Genève (Congr. G. de L., Paris, 1905).
- CHAMPION (E.) : Health Centers for preschool Children (*U. S. Children's Bureau*, public. n° 60, p. 194).
- CHATIN : Groupement des Consultations de nourrissons autour d'un centre (Ligue contre la Mortalité infantile, 1920).
- CONCETTI : Les œuvres philanthropiques en Italie pour la protection de l'allaitement (Congr. G. de L., Paris, 1905).
- COUVELAIRE : Création d'un dispensaire anti-syphilitique annexé à la maternité Baudelocque (*Pres. méd.*, 4 juin 1921).
- CRUTZEN-FRANCK (Mme) : Les Consultations de nourrissons et le rôle de l'infirmière visiteuse (*Rev. Œuv. Nat. Enf.*, Mai 1923).
- DENIS (M^{lle} E.) : L'Assistance sociale dans la Consultation de nourrissons (*Th. Paris*, 1923).
- DEVRAIGNE (Louis) : Les Consultations de nourrissons (*Pres. méd.*, 1905, p. 681).
- DRON : Projet de loi (*J. Off.*, 1920 [Sénat], Doc. parl., ann. n° 380, p. 1089).
- DUFOUR (L.) : Quarante ans de lutte contre la Mortalité infantile, 1881-1921 (*Pres. méd.*, 6 avril 1921).
- FLOUR : Les Consultations de nourrissons et l'allaitement maternel (*Th. Paris*, 1905-1906, n° 290).
- HOSTEING : *Les Consultations de nourrissons* (*Th. Paris*, 1909-1910, n° 377).
- JARRICOT : Rôle social et pratique du fonctionnement des Consultations de nourrissons, 1909.
- JARRICOT : La Consultation de nourrissons (*Rev. phil.*, 15 déc. 1908).
- JARRICOT : Protection et assistance des enfants du premier âge en France (*Rev. phil.*, t. XXVI, p. 25).
- LECUCQ : La fondation P. Budin (*Th. Paris*, 1912-13, n° 126).
- LUST : Le développement des Gouttes de lait en Belgique (Congr. intern. des G. de L., 1905).
- MAROIS : Les consultations de nourrissons dans l'Yonne (*Rev. phil.*, 1907, p. 697 ; 1909, p. 328 ; t. XXXI, p. 602 ; t. XXXIII, p. 684).
- MAROIS : Rôle des Consultations de nourrissons dans l'application des lois d'assistance (4^e Congrès intern. prot. mat. et inf., Paris, 1922).
- MAYGRIER : Les Consultations de nourrissons (*Œuvre Médico-chirurgicale*, n° 35, 1903).
- MOCQUOT : La Protection de l'enfance et les Consultations de nourrissons obligatoires (*Rev. phil.*, 1916, p. 129).
- MOREL DE VILLIERS : Du rôle de la femme dans les œuvres de puériculture (Congr. G. de L., 1905).
- Nat. Child. Welf. Ass. : How to organise a Baby Health Center, New-York.
- PRITCHARD (Eric) : The Scope and Functions of Schools for Mothers (Nat. Conf. on Inf. Mort., Liverpool, 1914).
- ROCAZ : La Puériculture post-natale (3^e Congr. Nat., Bord., 1921).
- ROTSCHILD (Henri de) : *Bibliographie générale des travaux parus sur l'Allaitement* (Doin, 1900).
- SEGUIN : Les Consultations de nourrissons ambulantes dans les Hautes-Alpes (*Rev. phil.*, 1917, p. 323).
- VARIOT : Les Gouttes de lait (Congr. intern. G. de L., Paris, 1905).
- VIDAL (d'Hyères) : Les résultats d'un essai cantonal de puériculture (*Bul. Ac. méd.*, 19 oct. 1920).
- VIGNES et GALLIOT : La Prophylaxie des accidents hérédo-syphilitiques dans les Maternités parisiennes (*Progr. méd.*, 1923, p. 1).

X. — LES VISITEUSES D'HYGIENE MATERNELLE ET INFANTILE

- ARMAND-DELILLE : Rôle et attributions de l'infirmière-visiteuse d'hygiène infantile (*Paris méd.*, 6 déc. 1919).
- BAR : Rapport sur la réglementation de la profession de sage-femme (*Bul. Ac. méd.*, 1923, p. 595).
- BÉROT-BERGER (M^{me}) : La dame visiteuse.
- BONNAIRE : Le rôle des dames visiteuses dans la lutte contre la mortalité infantile (*Rev. phil.*, t. XXXV, pp. 129-146).
- BRACHET (M^{me}) : Les infirmières visiteuses en Belgique (4^e Congr. internat. prot. mat. et inf., Paris, 1922).
- BRAINARD (Miss) : Organization of Public Health Nursing (New-York, 1919).
- CABOT (Richard) : *Essai de Médecine sociale* (Crès, 1920).
- CHAPTAL (M^{lle}) : *Le Livre de l'Infirmière* (Masson, 1922).
- CHATIN : Les Visiteuses de l'Enfance (Congr. prot. enf. Brux., 1921 ; *Rev. phil.*, 1921, p. 101 ; Congr. Nat. Tours, 1922).
- Committee for the study of nursing education, the nursing and nursing education in the United States (Macmillan, New-York, 1923).
- DUPRÉ-FAGNON : Inspection féminine (*Rev. phil.*, 1920, p. 94).
- EVE (M^{rs} Enid) : *Manual for Welfare Workers* (London, 1921).
- FITZGERALD (Marion) : How to visit in the homes (Nat. Ass. for the prevention of Infant Mortality, London, 1919).
- FRANÇOIS (M^{lle}) : Du rôle social de la femme (*Th. Droit Paris*, 1919, n° 8).
- GARTNER (Miss Mary) : *Public health nursing* (New-York, 1920).
- KREBS-JAPY (M^{me}) : *L'Infirmière* (Colin, 1921).
- KREBS-JAPY (M^{me}) : Le Service social à l'hôpital (*Th. Paris*, 1923, n° 67).
- MERKLEN : L'Infirmière cantonale (*Paris méd.*, 1921, n° 42).
- MONIEZ (M^{lle}) : Le Rôle de la femme dans le contrôle des services de l'Assistance publique (*Rev. phil.*, t. XIV, p. 417).
- NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH (M^{me}) : Le Service social à l'hôpital (*Soc. Péd. Paris*, nov. 1913 et juin 1914).
- NEWSHOLME (A.) : Midwifery work in social welfare (*Mat. and Ch. Welf.*, 1923, p. 181).
- Œuvre Nationale Enfance* : Répertoire bibliographique, déc. 1922 (Supplément).
- OLMSTED (Miss) : Les Infirmières d'hygiène sociale dans les régions rurales (*Rev. intern. hyg. pub.*, 1921, p. 553).
- PARK : *Public health and hygiene* (Philadelphie, 1920).
- PÉRET : Les Visiteuses de l'Enfance (Le « District Nursing ») (*Th. Lyon*, 1918-1919, n° 36).
- ROCAZ : Quelques considérations sur le rôle des infirmières visiteuses dans la lutte contre la Mortalité infantile (*J. M. Bord.*, 1923, p. 602).
- ROUSSEL (M^{me}) : *Les Carrières féminines* (Public. n°s 12 et 13, Strasbourg, 1923).
- VARIOT : La Mortalité infantile et l'ignorance des mères (1916).
- VARIOT : *La Puériculture et la Guerre* (Doin, 1918).
- WINSLOW (C.-E.-A.) : The Public Health Nurse, 1918 (*U. S. Children's Bureau*, public. n° 47).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
--------------------	---

PREMIERE PARTIE

LA MORTALITE INFANTILE. LES STATISTIQUES

I. <i>Les chiffres de la Mortalité infantile en France, à l'étranger, dans les départements, dans les villes, à la campagne, suivant l'âge</i>	8
II. <i>Les causes de la Mortalité infantile</i>	14
III. <i>Les facteurs qui influencent la Mortalité infantile</i>	15
La séparation de la mère et de l'enfant (mortalité des enfants placés en garde et des enfants abandonnés).	16
La suppression de l'allaitement au sein	20
Les erreurs dans la conduite de l'allaitement. L'ignorance des mères et des nourrices	21
Influence du milieu et des conditions sociales	22
Influence de la tuberculose et de la syphilis	25
Influence du climat	25
IV. <i>Etude des statistiques. Leur interprétation. Leur importance</i>	26

DEUXIEME PARTIE. — L'AIDE SOCIALE

LA LUTTE CONTRE LES MALADIES EVITABLES DES NOURRISSONS

Chapitre Premier. — LA LUTTE CONTRE LA MISÈRE.

I. <i>Secours aux enfants élevés par leur mère.</i>	
Les asiles maternels	35
Les secours et les primes. — Les œuvres privées	40
Les crèches et les chambres d'allaitement	45
Les cantines maternelles	50
Le travail à domicile	50
II. <i>Les orphelins temporaires.</i>	
Le placement chez une nourrice isolée. — La loi Roussel. — La proposition de loi Strauss et Dron. — Les lois qui protègent l'enfant placé en garde à l'étranger .	51
La pouponnière	64
Le centre d'élevage	67
III. <i>Les enfants abandonnés.</i>	
La loi du 27 juin 1904. — Le problème de l'enfant illégitime en Norvège, en Suède, aux Etats-Unis, au Danemark, en Suisse, en Alsace-Lorraine	70

IV. *L'assistance en cas de maladie.*

Hospitalisation du nourrisson malade ou convalescent.	
— Hospitalisation du nourrisson dont la mère est malade	85

Chapitre II. — LA LUTTE CONTRE L'IGNORANCE.

Les consultations de nourrissons.....	91
Les visiteuses d'hygiène maternelle et infantile.....	105
Les cours. — Les conférences.....	107

Chapitre III. — L'AIDE SOCIALE. SES DÉFAUTS. NÉCESSITÉ D'UNE ACTION MÉTHODIQUE.

Les listes d'œuvres. — Les groupements d'œuvres. — Les centres de renseignements (L'Office central des Œuvres de bienfaisance. — Le Comité national de l'Enfance. — Les Permanences d'entr'aide sociale. — Le Service social. — Le Fichier central d'assistance et d'aide sociale).....	109
---	-----

<i>L'Organisation méthodique de la lutte contre la mortalité infantile à l'étranger : Etats-Unis, Canada, Nouvelle-Zélande, Angleterre, Belgique, Allemagne.....</i>	114
--	-----

<i>L'Organisation méthodique de la lutte contre la mortalité infantile dans quelques départements français : Lyon, Strasbourg, la Marne, la Seine-et-Oise, la Seine-Inférieure, la Haute-Vienne, la Gironde. — L'Office public d'Hygiène sociale de la Seine.....</i>	120
---	-----

<i>Ce que devrait être l'organisation méthodique de la lutte contre les maladies évitables des nourrissons en France</i>	123
--	-----

CONCLUSIONS	129
--------------------------	-----

BIBLIOGRAPHIE	133
----------------------------	-----

